**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PSIQUIATRIA**

KATYA SIBELE STÜBING

**Uma intervenção com meditação para pacientes internados
com transtorno alimentar**

São Paulo

2015

KATYA SIBELE STÜBING

**Uma intervenção com meditação para pacientes internados
com transtorno alimentar**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Stübing, Katya Sibebe

Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar / Katya Sibebe Stübing. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Meditação 2.Atenção plena 3.Transtornos alimentares
4.Anorexia nervosa 5.Bulimia nervosa 6.Terapia de aceitação e compromisso
7.Compaixão

USP/FM/DBD-378/15

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que um dia se sentiram menores e não amadas por sua condição física. Que sofreram rejeição física ou emocional e assim aprenderam a fechar-se em seus mundos, lidando sozinhas com a dor e o sofrimento de sentirem-se desconectadas de pessoas importantes em suas vidas.

Que o coração de todas as pessoas com histórias de vida traumáticas possa encontrar paz e sabedoria no desenvolvimento de práticas meditativas.

Também dedico este trabalho a todos os seres interessados em aprofundar a compreensão e percepção de suas experiências, e com isso serem capazes de estar presente também para o próximo, tanto na vida cotidiana quanto nos trabalhos terapêuticos.

Espero que todos possam se beneficiar destas práticas, e que a sociedade possa tornar-se mais harmônica, aceitando as diferenças interpessoais com maior compreensão e mais compaixão.

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que quero agradecer por esta oportunidade de aplicar os conhecimentos de meditação em uma população tão necessitada, como os pacientes graves com Transtornos Alimentares.

Um agradecimento especial ao meu professor e orientador Dr. Francisco Lotufo Neto, que me acolheu sem julgamentos e com gentileza.

Um muito obrigada ao Dr. Frederico Camelo Leão, que possibilitou a realização deste estudo.

Agradeço também o acolhimento do Dr. Táki Cordás que, com sua compreensão profunda dos Transtornos Alimentares, enxergou a possibilidade terapêutica deste trabalho.

Sou muito grata pela colaboração que tive da amiga Dra. Tamara Russell, com sua visão clara sobre metodologia de pesquisa, além da experiência vivencial e profissional com mindfulness.

Também sou grata à Varlene, chefe da enfermaria ECAL, que apoiou o projeto com entusiasmo, assim como todas as demais profissionais da equipe de enfermagem.

Agradeço ao meu marido, Marcelo Dino, que consegue sempre compreender meus distanciamentos criativos. Ao meu filho Lucas, que foi gerado durante todo o processo deste trabalho e precisou passar seus primeiros anos de vida com uma mãe cheia de compromissos.

Agradeço também a ajuda recebida das amigas Viviane Lockley e Vavi Koenigsberger. Elas ajudaram em momentos importantes, quando estive de licença-maternidade ou precisei mudar dias da atividade.

E como não agradecer a todos com quem compartilhei as práticas meditativas e que se abriram para esta experiência? Um grande muito obrigada a todos!

E por fim, sou muito grata pela força de vida que criou a oportunidade de desenvolver este trabalho.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3. ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação, 2011.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	2
1.1.1	EPIDEMIOLOGIA	6
1.1.2	ETIOLOGIA	7
1.2	COMORBIDADES	8
1.2.1	COMORBIDADES MÉDICAS	8
1.2.2	COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	9
1.3	MEDITAÇÃO	17
1.3.1	MEDITAÇÃO MINDFULNESS	19
1.3.1.1	Mindfulness na saúde	25
1.3.1.2	Outras abordagens com Mindfulness	30
1.3.1.3	Mindfulness e Transtornos Alimentares	31
1.3.1.4	Mindfulness e Neurociência	36
1.3.2	MECANISMOS DA MINDFULNESS	38
1.3.2.1	Não julgamentos	38
1.3.2.2	Aceitação	39
1.3.2.3	Abertura	40
1.3.2.4	Gentileza	41
1.3.2.5	Metacognição (Auto-observação)	41
1.4	MODELOS COGNITIVOS E RUMINAÇÃO MENTAL	43
1.4.1	RUMINAÇÃO MENTAL	52
1.4.1.1	Transtornos Alimentares e Ruminação Mental	55
1.4.2	MEDITAÇÃO LOVING-KINDNESS	57
2	JUSTIFICATIVA	64

3	OBJETIVOS	68
3.1	OBJETIVO GERAL	68
3.2	HIPÓTESES	69
4	MÉTODOS	71
4.1	DESENHO DO ENSAIO CLÍNICO	72
4.2	PARTICIPANTES	73
4.2.1	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	73
4.2.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	73
4.2.3	CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO	73
4.3	LOCAL	74
4.4	INTERVENÇÕES	75
4.4.1	GRUPO PILOTO	75
4.4.1.1	Sobre os exercícios	76
4.4.2	GRUPO CONTROLE	79
4.4.3	GRUPO INTERVENÇÃO	80
4.5	FACILITADOR	86
4.6	INSTRUMENTOS	87
4.7	VARIÁVEIS DE DESFECHO	91
4.8	FLUXOGRAMA	92
4.8.1	FLUXOGRAMA GRUPO PILOTO	92
4.8.2	FLUXOGRAMA GRUPO CONTROLE	93
4.8.3	FLUXOGRAMA GRUPO INTERVENÇÃO	94
4.9	CRONOGRAMA	95
5	ANÁLISE ESTATÍSTICA E RESULTADOS	96
5.1	RESULTADOS DO GRUPO PILOTO	97
5.1.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA (GRUPO PILOTO)	103
5.2	RESULTADOS DO GRUPO CONTROLE	117
5.3	RESULTADOS DO GRUPO INTERVENÇÃO	121
5.4	COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS	124
5.4.1	GRÁFICOS COMENTADOS	129
6	DISCUSSÃO	141
7	ANEXOS	153
	ANEXO 1 – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	154

	ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)	157
	ANEXO 3 – ESCALA DE RESPOSTA RUMINATIVA PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES (RRS-ED)	158
	ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO DAS CINCO FACETAS DE MINDFULNESS (FFMQ)	159
	ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO – VERSÃO II (AAQ-II)	161
	ANEXO 6 – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)	162
	ANEXO 7 – QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BSQ)	164
8	NOTAS FINAIS (ORIGINAIS EM INGLÊS)	166
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Componentes de mindfulness (Shapiro e colegas, 2006)	21
Figura 2 –	A mente humana, após um processo evolutivo, constitui-se de múltiplos modos de processar informação. O subsistema <i>implicacional</i> , mais antigo, recebe os estímulos do ambiente através dos canais visual, auditivo e somatossensorial. As informações são processadas antes de irem para áreas cerebrais que traduzem as informações em processos cognitivos e, por isso, formam o que é chamado de conhecimento abstrato. O subsistema <i>proposicional</i> , mais recente, cuida de processos cognitivos mais complexos	46
Figura 3 –	Os pensamentos constituem um dos processos cognitivos organizados pelo subsistema <i>proposicional</i> e, segundo Teasdale, são formados a partir de estímulos sonoros e vocalizações rudimentares, sendo a base da linguagem	46
Figura 4 –	Outro processo cognitivo gerenciado pelo subsistema <i>proposicional</i> são as imagens mentais, ancoradas nos estímulos visuais e na manipulação de objetos	47
Figura 5 –	Juntos, pensamentos e imagens mentais formam a base do conhecimento intelectual humano. As emoções são formadas a partir de todas as informações recebidas pelo subsistema <i>implicacional</i> , que continuamente gera emoções de prazer ou aversão, e consequentes ações que nos aproximam ou afastam dos objetos e experiências	47
Figura 6 –	Cada conjunto de percepções que o subsistema <i>implicacional</i> recebe, forma padrões que são armazenados como esquemas, ou mais simplesmente falando, filtros, através dos quais o indivíduo se relaciona com o mundo. A formação de esquemas está diretamente ligada à capacidade de armazenamento de memórias de curto prazo (<i>working memory</i> , em inglês)	48
Figura 7 –	A atenção é compreendida como o “olho da mente”, e coordena o que é apreendido pelo subsistema	48

implicacional

- Figura 8 –** Quando a atenção se volta para processos cognitivos, apoiando-se no subsistema *proposicional*, o indivíduo entra num modo racional de ser, que geralmente usa quando quer alcançar objetivos ou produzir mais conhecimento. Os estímulos corporais, visuais e sonoros caem para um segundo plano assim como emoções 49
- Figura 9 –** Quando o foco permanece exageradamente no subsistema *proposicional*, há uma racionalização do ser, na qual o indivíduo *pensa* sobre pensamentos e imagens mentais. Dessa forma, cria-se um padrão desconectado com a realidade, desencadeando o que é chamado de **ruminação mental**. Neste estado de ruminação mental, pensamentos e imagens repetitivas abastecem constantemente o subsistema *implicacional*, gerando ou afetos aversivos que desencadeiam comportamentos de esquiva, ou afetos prazerosos baseados em ilusões às quais pode-se ficar apegado 49
- Figura 10 –** Quando a atenção se volta para os estímulos que são constantemente recebidos do ambiente, entra-se num modo de ser ancorado no momento presente. As emoções são percebidas como geradoras de ações que nos levam em direção a objetos e situações desejáveis, ou que nos afastam de objetos ou situações indesejáveis/perigosas 50
- Figura 11 –** No entanto, também existem problemas quando o foco de atenção permanece por demais nos estímulos ambientais, criando uma forma de receber informações sem o real entendimento das experiências, possibilitando a criação de esquemas irracionais, tampouco ancorados na realidade. Isso acontece por causa de *loopings* somáticos cristalizados, como posturas corporais enrijecidas ou um foco exagerado em sons ou visualizações que não fazem uma leitura honesta da realidade 50
- Figura 12 –** Quando as emoções estão em evidência a atenção oscila entre os subsistemas, gerando o modo mental “emotivo”, onde não há reflexão conceitual sobre as experiências e é caracterizado por “ausência de raciocínio” – a chamada **mente emocional** de Linehan (DBT) 51
- Figura 13 –** Na prática de mindfulness, a intenção é fazer com que a atenção repouse no subsistema *implicacional*, ou seja, no momento presente, recebendo conscientemente os estímulos do ambiente/corpo a cada momento. Também há a intenção de manter-se consciente do fluxo de emoções, sem reagir a elas. Uma diminuição da atividade

	cognitiva com palavras e imagens é esperada, e esta diminuição é o ponto central para se alcançar um estado de tranquilidade	51
Figura 14 –	Nos TA geralmente há um conflito entre os dois modos de processar informação. De um lado, as sensações advindas do corpo e dos sentidos são aversivas, ancorada num esquema distorcido de percepção. De outro, os pensamentos e imagens mentais desconectados com a realidade concorrem para a formação de emoções angustiantes, criando todo o quadro de sofrimento observado nessa população. Terapias com foco puramente cognitivo podem trazer o reconhecimento teórico sobre o estado de magreza, sem no entanto alterar as percepções somáticas	56
Figura 15 –	Grafismo da paciente A10, em 6 de novembro de 2012, ao manipular a cor de que não gosta (<i>tristeza, morte, lembranças, prisão, irritabilidade, funibre, raiva, impaciência, regras, cobrança, normas, angústia, pensamentos negativos, não, automutilação</i>)	101
Figura 16 –	Grafismo da paciente A10, em 6 de novembro de 2012, em um segundo momento, ao manipular a cor de que gosta (<i>felicidade, fortaleza, Deus, vitória, cura, aceitação, luz, leveza, leberdade, espírito, família, paz, Jesus, amigos, trabalho, paciência, bem estar, pensamentos positivos</i>)	102
Figura 17 –	Grafismo da paciente A6, em 2 de novembro de 2012, ao trabalhar com a cor de que não gosta (<i>“Apesar do marrom ser uma cor que não gosto, a escolhi para desenhar a minha flor favorita: uma tulipa. Para mim, é uma metáfora que é possível encontrar beleza e coisas positivas nos lugares mais inesperados”</i>)	102
Figura 18 –	Grafismo da paciente A6, em 2 de novembro de 2012, num segundo momento, ao trabalhar com a cor de que não gosta (<i>“Isso aqui era para ser um camaleão. Já fui chamada algumas vezes de camaleoa, pois sempre estava me reciclando, me renovando. Porém, essa conclusão alheia foi criada apenas pela minha aparência, pois sempre fui muito resistente à mudanças. Mas agora, sinto que estou mais flexível e complacente para aceitar outros tipos de mudança”</i>)	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Alterações de pontuação em ansiedade com valor de p para interação entre os subgrupos	107
Gráfico 2 –	Alterações de pontuação em depressão com valor de p para interação entre os subgrupos	107
Gráfico 3 –	Alterações do índice de massa corporal com valor de p para interação entre os subgrupos	108
Gráfico 4 –	Alterações de pontuação em mindfulness com valor de p para interação entre os subgrupos	108
Gráfico 5 –	Alterações de pontuação na capacidade de observar-se com valor de p para interação entre os subgrupos	109
Gráfico 6 –	Alterações de pontuação na capacidade de não reagir a experiências internas com valor de p para interação entre os subgrupos	110
Gráfico 7 –	Alterações de pontuação na capacidade de descrever com palavras com valor de p para interação entre os subgrupos	110
Gráfico 8 –	Alterações de pontuação na capacidade de agir com atenção com valor de p para interação entre os subgrupos	111
Gráfico 9 –	Alterações de pontuação na capacidade não julgar com valor de p para interação entre os subgrupos	112
Gráfico 10 –	Alterações de pontuação das atitudes em relação a hábitos alimentares com valor de p para interação entre os subgrupos	112
Gráfico 11 –	Alterações de pontuação das atitudes em relação a dietas alimentares, com valor de p para interação entre os subgrupos	113
Gráfico 12 –	Alterações de pontuação das atitudes em relação a atitudes relacionadas a Bulimia Nervosa com valor de p para interação entre os subgrupos	113
Gráfico 13 –	Alterações de pontuação das atitudes em relação a controle alimentar com valor de p para interação entre os subgrupos	114
Gráfico 14 –	Alterações de pontuação das atitudes em relação a flexibilidade psicológica com valor de p para interação	

	entre os subgrupos	114
Gráfico 15 –	Alterações de pontuação em ruminação mental com valor de p para interação entre os subgrupos	115
Gráfico 16 –	Alterações de pontuação em ruminação mental, aspecto remoer, com valor de p para interação entre os subgrupos	116
Gráfico 17 –	Alterações de pontuação em ruminação mental, aspecto refletir, com valor de p para interação entre os subgrupos	116
Gráfico 18 –	Dispersão para medida de ansiedade, sendo <i>cinza claro</i> = pré e <i>cinza escuro</i> = pós	120
Gráfico 19 –	Dispersão para medida de depressão, sendo <i>cinza claro</i> = pré e <i>cinza escuro</i> = pós	120
Gráfico 20 –	Dispersão para medida de ansiedade, sendo <i>cinza claro</i> = pré e <i>cinza escuro</i> = pós	123
Gráfico 21 –	Dispersão para medida de depressão, sendo <i>cinza claro</i> = pré e <i>cinza escuro</i> = pós	123
Gráfico 22 –	Variação de dias de internação por paciente, por grupo. Grupo controle com média de 65,4 dias (DP = 21,35; variação = 39-119). Grupo intervenção com média de 75,3 dias (DP = 42,18; variação = 20-154)	126
Gráfico 23 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de ansiedade	129
Gráfico 24 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de depressão	130
Gráfico 25 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida do IMC	131
Gráfico 26 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de mindfulness	131
Gráfico 27 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida observar	132
Gráfico 28 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida não reagir	132
Gráfico 29 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida descrever	133
Gráfico 30 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida agir	133

com atenção

Gráfico 31 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida não julgar	134
Gráfico 32 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de atitudes alimentares	134
Gráfico 33 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator I (Dieta)	135
Gráfico 34 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator II (Bulimia)	136
Gráfico 35 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator III (Controle Oral)	136
Gráfico 36 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de flexibilidade psicológica	137
Gráfico 37 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida em ruminação mental	138
Gráfico 38 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para a faceta “remoer” da ruminação mental	138
Gráfico 39 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para a faceta “refletir” da ruminação mental	139
Gráfico 40 –	Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de imagem corporal	139
Gráfico 41	Diferenças de pontuação para cada participante do grupo controle para a medida total da escala de ruminação mental sobre questões alimentares.	146
Gráfico 42	Diferenças de pontuação para cada participante do grupo intervenção para a medida total da escala de ruminação mental sobre questões alimentares	147
Gráfico 43	Diferenças de pontuação para cada participante do grupo controle para a medida refletir sobre questões alimentares	147
Gráfico 44	Diferenças de pontuação para cada participante do grupo intervenção para a medida refletir sobre questões alimentares	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação de Transtornos Alimentares (DSM-5)	3
Quadro 2 –	Comorbidades médicas mais frequentes em pacientes com TA (Herpertz-Dahlmann, 2015)	9
Quadro 3 –	Tratamentos psicológico-comportamentais efetivos para Transtornos Alimentares (Treasure, Claudino e Zucker, 2010)	15
Quadro 4 –	Sequência de exercícios aplicados em cada sessão	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análise das pacientes (pré-pós) no estudo de Kröger e colegas (2010)	34
Tabela 2 –	Valores de referência dos instrumentos utilizados	89
Tabela 3 –	Demográfico para grupo piloto ($n = 10$)	98
Tabela 4 –	Descrição clínica dos integrantes do grupo piloto	98
Tabela 5 –	Comportamento dos integrantes do grupo piloto em relação às atividades	99
Tabela 6 –	Correlações entre os instrumentos após participação no treinamento ($n=10$)	103
Tabela 7 –	Análise descritiva do grupo piloto com médias, desvio padrão (DP), n , valores p e d	104
Tabela 8 –	Perfil dos subgrupos criados do grupo piloto, com média e variação entre parênteses	105
Tabela 9 –	Valores descritivos dos subgrupos criados segundo dosagem de participação no treinamento	105
Tabela 10 –	Descrição clínica dos integrantes do grupo controle	117
Tabela 11 –	Resultados descritivos do grupo controle, com probabilidade e efeito terapêutico	119
Tabela 12 –	Descrição clínica dos integrantes do grupo intervenção	121
Tabela 13 –	Resultados descritivos do grupo intervenção, com probabilidade e efeito terapêutico	122
Tabela 14 –	Valores descritivos para os grupos controle e intervenção, com médias, desvio padrão e variação	124
Tabela 15 –	Descrição demográfica dos grupos	124
Tabela 16 –	Descrição das porcentagens de presença de comorbidades	125

nos grupos

Tabela 17	Resultados para a relação <i>tempo</i> para os pacientes do estudo (controle + intervenção)	127
Tabela 18 –	Resultados para a relação tempo*intervenção para todos os pacientes do estudo	128
Tabela 19	Resultados do test <i>t</i> conduzido apenas para resultados significativos encontrados anteriormente	128

RESUMO

Stübing KS. *Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

Transtornos Alimentares (TA) são transtornos mentais considerados graves. Dentre eles, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa compartilham sintomas e características psicopatológicas como hábitos desregulados de alimentação, métodos extremos para controle do peso, e preocupações exageradas com a forma e o peso corporal. Os TA compartilham ainda sintomas comuns em outros transtornos psiquiátricos, como Depressão e Ansiedade. Pesquisas sobre o tema devem levar em conta este amplo espectro de sintomas. A meditação é uma prática que tem recebido crescente atenção de pesquisadores de diversas áreas de saúde. Dentro da área de Psiquiatria, a meditação mindfulness tem sido estudada como terapia complementar para diversos transtornos, sendo os mais pesquisados os transtornos de ansiedade, a depressão e a dependência química. Alguns programas baseados em mindfulness já demonstraram resultados positivos em pacientes com Compulsão Alimentar e Bulimia Nervosa. Este é um projeto que teve a intenção de desenvolver e mensurar os efeitos de uma nova intervenção baseada em meditação mindfulness para pacientes internados na Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A hipótese primária foi que o treinamento em mindfulness diminuiria sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com os pacientes que seguiram o tratamento usual da enfermaria. O projeto todo teve duração de três anos, sendo dividido em fase piloto, fase grupo controle e fase grupo intervenção. Cada fase aconteceu em diferentes períodos de tempo, para que um número adequado de indivíduos fosse alcançado para fins de pesquisa. Avaliações foram feitas sempre nos mesmos períodos para os três grupos: durante a primeira semana de internação e após 8 semanas, ou antes, se o paciente recebesse alta. Os resultados do grupo piloto foram positivos e ajudaram a delinear os exercícios que compuseram o programa aplicado na intervenção. A comparação dos resultados do grupo controle com o grupo intervenção apresentou significativa diferença para os índices de ansiedade ($p < 0,01$), depressão ($p < 0,03$), capacidade de agir com atenção ($p < 0,01$) e atitudes alimentares relacionadas a dietas ($p < 0,04$). Como previsto e em linha com outras pesquisas utilizando mindfulness para indivíduos com TA menos grave, este protocolo de oito sessões demonstrou efeito positivo e significativo apesar dos desafios de trabalhar com esta população neste contexto. Estes resultados dão suporte a novas pesquisas que poderão testá-los e compreender melhor a duração dos efeitos terapêuticos deste treinamento. Também, devem ser considerados aprimoramentos necessários, como refinamento dos exercícios, capacitação de outros terapeutas no protocolo e treinamento em mindfulness para outros profissionais envolvidos.

Descritores: meditação, atenção plena, transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, terapia de aceitação e compromisso, compaixão.

SUMMARY

Stübing KS. *An intervention using meditation for Eating Disorders inpatients* [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2015.

Eating disorders (ED) are considered severe mental disorders. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are disorders that share symptoms and psychopathological characteristics such as deregulated feeding habits, extreme methods for weight control and exaggerated concerns about shape and weight. Eating Disorders also share common symptoms with other psychiatric disorders such as depression and anxiety. Research on eating disorders should take into account this wide spectrum of symptoms. Meditation is a practice that has received increasing attention from researchers in various areas of healthcare. Within the area of Psychiatry, mindfulness meditation has been studied as a complementary therapy for many disorders, and the most researched are anxiety, depression and addiction. Some mindfulness-based programs have already shown promising results in patients with Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. This research project aimed to measure the effects of a mindfulness meditation intervention delivered to patients admitted to the Eating Disorders Ward at the Institute of Psychiatry in the Clinical Hospital for the Medical School, University of São Paulo. The primary hypothesis was that mindfulness training would lower symptoms measuring anxiety and depression compared to inpatients that received treatment as usual. The entire project was conducted during three years, with a pilot group phase, a control group phase and an intervention group phase. Each phase happened in different periods of time so the study could recruit a suitable number of participants. Assessments were made for all groups during the first week of admission and at eight weeks (or earlier if the patient were to be discharged). Pilot results were positive and helped delineate exercises that would be part of the main study intervention protocol. The final analysis comparing control and intervention group showed significant differences for measures in anxiety ($p < 0.01$), depression ($p < 0.03$), acting with awareness ($p < 0.01$) and dieting attitudes ($p < 0.04$). As hypothesized and in line with previous research with less severe eating disorders samples, this novel eight week program showed a positive and significant effect despite the challenges of working with this population and in this setting. These findings will inform future research which will need to replicate the findings, understand more about the durability of the effects and consider the resource allocation (eg staff training) needed to offer this promising intervention in this setting.

Descriptors: meditation, mindfulness, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, acceptance and commitment therapy, compassion.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os Transtornos Alimentares (TA) são caracterizados por um hábito alimentar alterado e persistente, que resulta em problemas de saúde física e mental. Entre os TA psiquiátricos, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Compulsão Alimentar (CA) são os transtornos mais estudados.

Nos últimos 30 anos muitas pesquisas foram realizadas tentando esclarecer os TA e refinar os critérios diagnósticos. Ao longo dos anos, este esforço evoluiu e, em 2013, no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; American Psychiatric Association), foram observadas grandes mudanças que tornaram o diagnóstico mais preciso. Uma das novidades foi o reconhecimento da Compulsão Alimentar como um transtorno definido. Outra alteração importante foi a revisão dos critérios diagnósticos tanto para AN quanto para BN, aumentando o escopo destes transtornos e diminuindo a classificação de Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE) (Grave, 2011; Herpertz-Dahlmann, 2015).

Também pode-se observar que a Obesidade foi removida do capítulo de Transtornos Alimentares, por não apresentar sintomas de fundo psiquiátrico, apesar de ser comumente encontrada em comorbidade em diversos transtornos.

Importante notar que, devido à recente publicação, muitos estudos citados ainda se referem aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR ou ainda versões anteriores.

De forma resumida, o que se encontra dentro da classificação de Transtornos Alimentares no DSM-5 são as seguintes categorias, dispostas no Quadro 1:

Quadro 1 – Classificação de Transtornos Alimentares (DSM-5)

Categoria	Principais características
Anorexia Nervosa (AN)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso significativo, levando-se em conta idade, sexo, saúde física e trajetória de desenvolvimento. • Medo intenso de ganhar peso ou se tornar obeso, com manutenção persistente de comportamento para evitar o ganho de peso, mesmo estando abaixo do peso saudável. • Distúrbio na percepção corporal, com perda do reconhecimento do baixo peso e autoavaliação baseada nesta percepção distorcida da autoimagem. • Subtipos: <ul style="list-style-type: none"> • Restritivo: por pelo menos três meses o indivíduo não apresenta episódio de compulsão alimentar e não engajou em métodos purgativos. • Purgativo/compulsivo: nos últimos três meses, o indivíduo apresentou episódios de compulsão alimentar ou engajou em métodos purgativos. • Severidade: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ • Moderada: $IMC 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$ • Severa: $IMC 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$ • Extrema: $IMC \leq 15 \text{ kg/m}^2$
Bulimia Nervosa (BN)	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de compulsão alimentar definidos como: 1) comer num curto período de tempo (num período de duas horas) uma quantidade de comida que é significativamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria num período similar; 2) sensação de perda do controle durante o episódio. • Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para evitar o ganho de peso, com autoindução de vômitos, uso inadequado de laxativos, diuréticos ou outros medicamentos, dietas ou excesso de exercícios físicos. • Os episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios ocorreram por pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses. • A autoavaliação é baseada no peso e na percepção corporal. • Severidade: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: de 1 a 3 comportamentos compensatórios por semana. • Moderada: de 4 a 7 comportamentos compensatórios por semana. • Severa: de 8 a 13 comportamentos compensatórios por semana. • Extrema: 14 ou mais comportamentos compensatórios por semana.
Compulsão Alimentar (CA)	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizados por: 1) comer num curto período de tempo (duas a quatro horas) uma quantidade de comida significativamente maior do que o indivíduo comeria normalmente; 2) sensação de perda do controle sobre o comportamento alimentar. • O episódio de CA ocorre juntamente com: 1) comer mais rápido que o normal; 2) comer até sentir-se mal; 3) comer sem a sensação física de fome; 4) comer sozinho por vergonha; 5) forte sentimento de culpa, depressão ou desgosto consigo próprio após o episódio.

[continua]

[conclusão]

Quadro 1 – Classificação de Transtornos Alimentares (DSM-5)

Categoria	Principais características
Transtorno da Recusa Alimentar ou Restrição Alimentar (TRARA)	<ul style="list-style-type: none"> Falha persistente em manter as necessidades nutricionais apropriadas em associação com: 1) perda de peso significativa; 2) desnutrição; 3) dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais; 4) marcada influência no funcionamento psicossocial.
Transtorno da Ruminação Alimentar (TRA)	<ul style="list-style-type: none"> Repetidas regurgitações do alimento por pelo menos um mês. O alimento pode ser remastigado, reengolido ou cuspid. O evento não está associado a questões gastrointestinais e não ocorre junto com AN, BN ou TRARA. O comportamento acontece junto com outra comorbidade psiquiátrica e é severo o suficiente para ter atenção clínica.
Outros Transtornos Alimentares (OTA)	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia Nervosa Atípica: todos os critérios diagnósticos foram encontrados, exceto a perda significativa de peso. Bulimia Nervosa Atípica: todos os critérios diagnósticos foram encontrados, exceto que os episódios de compulsão alimentar ocorrem menos de uma vez por semana. Compulsão Alimentar Atípica: todos os critérios diagnósticos foram encontrados, exceto que os episódios de compulsão alimentar ocorrem menos de uma vez por semana. Transtorno de Purgação: episódios de purgação recorrentes com a intenção de diminuir o peso ou evitar o ganho de peso, na ausência de episódios de compulsão. Síndrome Alimentar Noturna: episódios recorrentes de alimentação noturna, manifestados como comer excessivas quantidades de comida após o jantar, ou o indivíduo se levantar durante a noite para comer.
Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE)	<ul style="list-style-type: none"> Esta categoria se especifica pela presença de sintomas característicos de TA que causam marcado estresse ou perda social, ocupacional ou de outra área de funcionamento importante.
Pica	<ul style="list-style-type: none"> Alimentar-se com persistência de alimentos não nutritivos ou substâncias não alimentícias por pelo menos um mês. O comportamento é inapropriado para o nível de desenvolvimento do indivíduo. O comportamento não é parte de uma prática cultural ou social. O comportamento acontece junto com outra comorbidade psiquiátrica e é severo o suficiente para ter atenção clínica.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10, 2008), os Transtornos de Alimentação se subdividem em:

- Anorexia Nervosa (F50.0)
- Anorexia Nervosa Atípica (F50.1)
- Bulimia Nervosa (F50.2)

- Bulimia Nervosa Atípica (F50.3)
- Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos (F50.4)
- Outros Transtornos da Alimentação (F50.8)
- Transtorno da Alimentação Não Especificado (F50.9)

O protocolo de classificação diagnóstica em todo o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) utiliza a codificação da CID-10. No entanto, o DSM-5 possui critérios diagnósticos mais detalhados que auxiliam na identificação dos transtornos.

Muitos estudos demonstram que a AN e a BN são transtornos que compartilham de sintomas e características psicopatológicas como hábitos desregulados de alimentação, métodos extremos para controle do peso e preocupações com a imagem corporal (forma e peso). De forma geral, os TA compartilham ainda sintomas comuns em outros transtornos psiquiátricos, como Depressão e Ansiedade. As pesquisas sobre Transtornos Alimentares devem levar em conta este amplo espectro de sintomas (Fairburn e Harrison, 2003; Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Dentre os critérios diagnósticos da AN encontra-se a resistência persistente em manter um peso corporal mínimo, reflexo da preocupação excessiva com o peso. Como consequência desse medo mórbido de engordar, reconhece-se nesses pacientes uma distorcida imagem corporal e o uso de métodos variados de purgação e mesmo restrição alimentar. Esses comportamentos permitem a classificação da Anorexia Nervosa em dois subtipos: restritivo e compulsivo/purgativo. Psicologicamente, pacientes anoréxicos apresentam quadros de perfeccionismo, desejo de retardar o desenvolvimento sexual, negação da gravidade do seu quadro, preferência por cuidarem dos outros em vez de serem cuidados e Transtornos de Humor como Depressão e Ansiedade. É comum encontrar em pacientes mulheres com AN a presença de amenorreia pós-menarca, geralmente por consequência de desnutrição e desequilíbrio hormonal causados pelo baixo peso. Este é um antigo critério biológico de diagnóstico que foi removido no DSM-5. Existe ainda a Anorexia Atípica em que um ou mais critérios não estão presentes ou estão em grau mais leve (Cordás e Claudino, 2002; Fairburn e Harrison, 2003; Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Já o Transtorno de Bulimia Nervosa (BN) tem como critérios diagnósticos episódios de compulsão alimentar (hiperfagia) seguidos de comportamentos purgativos

inadequados, como uso excessivo de laxantes e/ou autoindução de vômitos. No aspecto psicológico, pacientes bulímicos apresentam quadros de disforia, estresse, sentimento de perda do controle, baixa autoestima e quadros depressivos ou ansiosos. Após as crises de compulsão alimentar, os pacientes geralmente se sentem deprimidos e envergonhados, o que os faz esconder de outras pessoas os atos de hiperfagia. O sentimento de preocupação excessiva com o ganho de peso e a insatisfação com a forma corporal faz com que os pacientes com BN se assemelhem aos pacientes com AN (Fairburn e Harrison, 2003; Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Assim como a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa contém dois subtipos: o purgativo (com uso de laxantes, diuréticos e indução de vômitos) e o não purgativo (em que a pessoa utiliza dietas e exercícios excessivos para compensar os episódios de compulsão alimentar).

1.1.1 Epidemiologia

A taxa de incidência é um número que aponta o surgimento de novos casos por ano, calculado com o uso da métrica de 1/100 000. Segundo estudos, a incidência dos Transtornos Alimentares é maior entre mulheres, com a maior ocorrência acontecendo entre 15 e 19 anos. Para casos de AN, a incidência apontada por estudos é de 40 a 100/100 000 entre mulheres e 1 a 4/100 000 para homens. A incidência de casos de BN para mulheres é de 40 a 50/100 000 e para homens de 2 a 3/100 000. Seguindo os antigos critérios no DSM-IV-TR¹, a incidência de TANE entre mulheres fica em 70/100 000 e entre homens, 10/100 000 (Herpertz-Dahlmann, 2015; Espie e Eisler, 2015). Segundo Smink e colegas (2012), a incidência parece estar subindo para adolescentes e crianças, enquanto se mantém estável para adultos.

A taxa de prevalência pode ser medida de três formas: pontual, no curso de um ano e no curso de toda uma vida. A prevalência anual é a medida mais útil para identificar demandas de tratamento na sociedade e auxilia no planejamento de políticas de saúde. Na população em geral, as porcentagens de prevalência anual para BN ficam em torno de 1,0 a 2,0% para mulheres e de 0,3 a 0,5% para homens. Para AN, a prevalência anual fica em torno de 0,3 a 0,9% para mulheres e 0,1 a 0,3% para homens. Para outros TA, a

¹ Estes valores sofreram alterações devido a mudanças dos critérios diagnósticos (discutidos a seguir no texto).

prevalência anual é de 1,5 a 2,0% para mulheres e 0,4 a 0,8% para homens. Ainda, a AN é considerada a terceira doença crônica mais comum em adolescentes, atrás apenas de asma e diabetes *mellitus* tipo 1 (Smink *et al.*, 2012; Herpertz-Dahlmann, 2015).

Para taxas de prevalência de TA ao longo da vida, encontram-se estimativas de 0,6% a 2,2% para AN e de 1% a 2,3% para BN (Meng e D'Arcy, 2015; Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Num estudo feito por Ornstein e colegas (2013), foi detectada uma alteração significativa nos critérios diagnósticos de AN e BN no recente DSM-5 em comparação com o DSM-IV-TR. Essa diferença aumentou o número de casos diagnosticados de 30% para 40% em casos de AN e de 7,3% para 11,8% em casos de BN, sendo que o diagnóstico de TANE caiu de 62,6% para 32,6% ($p < 0,001$).

Indivíduos com TA apresentam altos índices de mortalidade, sendo que as maiores taxas estão entre os pacientes com AN (0,5% ao ano). A estimativa é de 5,86/1 000 para AN, 1,93/1 000 para BN e 1,92/1 000 para TANE. Dentre os pacientes com AN que chegam a óbito, um a cada cinco cometeram suicídio (Arcelus *et al.*, 2011).

1.1.2 Etiologia

A etiologia dos Transtornos Alimentares (TA) é complexa e envolve questões culturais, sociais, psicológicas, biológicas, genéticas e experienciais (Fontenelle, Cordás e Sassi, 2002; Jacobi *et al.*, 2004).

A maioria dos estudos sobre fatores de risco e possíveis desencadeantes focam principalmente nos transtornos de AN, BN e Compulsão Alimentar (CA).

A influência genética é alta, sendo comum haver antecedentes familiares. Em Treasure, Claudino e Zucker (2010) e também em Jacobi e colegas (2004) encontra-se a informação de que a primeira grande influência genética para TA é ser do gênero feminino e pertencer ao grupo étnico caucasiano. Em estudos com gêmeos e com famílias, a taxa de ocorrência fica entre 50% e 83%. Ainda, é comum encontrar histórico familiar de Abusos de Substâncias, Depressão, Ansiedade e, no caso da AN, Obsessões, Compulsões e Perfeccionismo.

A qualidade da convivência familiar também é um fator de grande importância, sendo frequente histórico de abusos e negligência parental, e mais salientes problemas

de relacionamento com a mãe. No entanto, a posição oficial da Academia para Transtornos Alimentares (*Academy for Eating Disorders*) enfatiza fortemente que não se devem considerar questões familiares como fator etiológico primário, nem culpar as famílias pela presença de TA em seus filhos (Grange *et al.*, 2010). Em termos de eficácia de tratamento psicoterápico, a terapia familiar seguindo o método Maudsley é o tratamento mais recomendado e que possui maior evidência científica para casos de AN.

Treasure, Claudino e Zucker (2010) também apresentam uma visão geral das alterações neurológicas que aponta para algumas regiões cerebrais com funções desreguladas. Um dos focos abordados é o estudo de polimorfismos em genes relacionados ao neurotransmissor serotonina (Fairburn, 2003; Jacobi *et al.*, 2004). A grande influência destes genes no humor talvez ajude a compreender a alta incidência de sintomas ansiosos e depressivos nos TA, como será discutido adiante. Ainda não está claro se estes achados ajudam a manter os TA, podem ser desencadeantes ou são consequência da desnutrição (em pacientes com AN). Mais pesquisas são recomendadas.

Questões ambientais, sociais e culturais também aparecem como influências importantes. Padrões de beleza e conceitos sobre o sucesso feminino são muitas vezes relacionados à magreza (Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Outros fatores considerados de risco são: problemas relacionados à alimentação nos primeiros anos de vida, pais superprotetores ou muito críticos, baixa interocepção², baixa autoestima e eventos de vida adversos. Para um aprofundamento sobre o assunto, é sugerida a leitura de Jacobi e colegas (2004).

1.2 COMORBIDADES

1.2.1 Comorbidades Médicas

Pacientes internados com TA apresentam altas taxas de comorbidades médicas, agravando o quadro e o prognóstico. No Quadro 2 a seguir estão descritas as comorbidades mais encontradas, segundo Herpertz-Dahlmann (2015).

² Interocepção é a capacidade de sentir percepções ligadas ao interior do corpo como fome, sede, temperaturas e outras necessidades físicas importantes e está ligada ao funcionamento da ínsula. Pode ser baixa ou elevada.

Quadro 2 – Comorbidades médicas mais frequentes em pacientes com TA (Herpertz-Dahlmann, 2015)

Comorbidades médicas	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
Exame físico	Pele ressecada; alopecia (perda de cabelo); acrocianose; baixa temperatura corporal; alterações na formação de cabelo; desidratação; retardo de crescimento.	Desgaste do esmalte dentário; alargamento da glândula parótida; escaras no dorso da mão devido a indução de vômitos; desidratação.
Sistema Cardiovascular	Bradycardia; anormalidades no ECG (geralmente prolongamento do intervalo QT); acúmulo de líquidos no pericárdio; edema.	Anormalidades no ECG (arritmia cardíaca, prolongamento do intervalo QT).
Sistema Gastrointestinal	Esvaziamento gástrico insuficiente; pancreatite; constipação.	Esofagite; pancreatite; esvaziamento gástrico retardado.
Sangue	Leucocitopenia; anemia.	
Anormalidades bioquímicas	Hipocalcemia; hiponatremia; hipomagnesemia; hipocalcemia; hipofosfatemia (durante realimentação); baixos níveis de glicose; colesterol; alanina aminotransferase elevada; aspartato aminotransferase baixa.	Hipocalcemia; hiponatremia; hipomagnesemia (devido a diarreia); hipocalcemia; alcalose metabólica (no excesso de purgação); acidose metabólica (no abuso de laxantes).

1.2.2 Comorbidades Psiquiátricas

As comorbidades psiquiátricas também são bastante frequentes em pacientes com TA, o que torna os casos graves, cronificando o transtorno e dificultando a abordagem terapêutica. Dentre os transtornos psiquiátricos, os mais frequentes são Depressão (Episódio Depressivo Maior e Distímia), Ansiedade (Fobia Social, Fobia Simples e Ansiedade Generalizada), diferentes graus de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)³, Abuso de Substâncias e Transtornos de Personalidade (Herpertz-Dahlmann, 2008; Kaye *et al.*, 2004; O'Brien e Vincent, 2003; Godart *et al.*, 2000).

Diversos estudos discutem há décadas qual transtorno ocorreria em primeiro lugar e pode-se ler mais a respeito desde Halmi e colegas (1991), passando por Godart e colegas (2000, 2006, 2007), Fontenelle, Cordás e Sassi (2002), Kaye e colegas (2004) e ainda Herpertz-Dahlmann (2008, 2015). Além de agravar o TA, a presença de transtornos afetivos ou ansiosos é causa importante para a condição de desemprego desses pacientes (que é elevada), com importantes consequências para as políticas de saúde pública.

³ No DSM-5 o TOC não faz mais parte da categoria dos Transtornos de Ansiedade (TAns).

Em um estudo de coorte nacional conduzido no Canadá, Meng e D'Arcy (2015) reportaram que 49% dos indivíduos com algum TA ao longo da vida também sofriam com transtornos afetivos e ansiosos em algum momento (33,15% para Transtornos de Humor – TH e 33,86% para Transtornos de Ansiedade – TAns). O TH mais frequente foi Depressão Maior (DM), alcançando 30,99%.

Em outro estudo de coorte nacional realizado nos Estados Unidos, Hudson e colegas (2007) investigaram 2 980 indivíduos sobre a incidência de TA. Os resultados apontaram forte correlação positiva entre TA e TH, ansiedade, impulsividade e Abuso de Substâncias, sem que houvesse predomínio de algum destes. As porcentagens encontradas destas comorbidades foram de 56,2% para casos de AN, 94,5% para casos de BN, 78,9% para casos de CA e 76,5% para TA abaixo do limiar diagnóstico.

Em 2005, Keel e colegas investigaram 672 gêmeas entre 16 e 18 anos e encontraram significativa comorbidade entre TA, Depressão Maior (DM), TAns e Dependência de Nicotina. Eles sugerem que há uma patologia compartilhada entre esses transtornos. É interessante ver que um dos resultados obtidos no estudo é o fato de irmãs sem TA apresentarem significativa incidência de TAns, independentemente de suas irmãs terem TAns. Isso talvez possa ser explicado pela difícil convivência com indivíduos com TA. Nenhum resultado conclusivo sobre a transmissão genética foi reportado.

Em uma revisão de 2007 sobre TA e TH, Godart e colegas encontraram taxas de prevalência de pelo menos um TH ao longo da vida, variando de 38% a 70% para pacientes com AN e de 52% a 90% para pacientes com BN. A maioria dos estudos analisados aponta para o fato de o TH ocorrer antes do TA (de 25% a 71% dos casos), sendo que a ocorrência simultânea alcança porcentagem entre 5% e 75% e a ocorrência após o diagnóstico de TA fica entre 15% e 36%. Também foi discutido que, apesar de muitos estudos indicarem a prevalência de DM como o TH mais frequente, é preciso levar em consideração que a desnutrição tem um papel importante nesta condição de humor, havendo uma correlação positiva entre TA e DM, principalmente na condição de crise.

Segundo Kaye e colegas (2004), os Transtornos de Ansiedade também são bastante comuns em pacientes com AN ou BN, chegando à proporção de dois terços dos indivíduos diagnosticados apresentarem um ou mais TAns ao longo da vida. Numa

amostra de 282 casos de BN, 97 casos de AN e 293 casos de AN e BN, os autores relataram ainda que a ocorrência de TOC ficou entre 35% e 40%, com pesos parecidos tanto para AN quanto para BN.

Dellava e colegas, em 2011, estudaram 2 083 gêmeas sobre influências genéticas relacionadas a TA e a Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG). Os autores apontam para o fato de que ter o diagnóstico de AN aumenta as chances de ter TAG, mas que o inverso não é verdadeiro.

Outras formas de ansiedade também são comuns em comorbidade com AN e BN. Em um estudo de Godart e colegas (2000), 13% a 75% dos pacientes com BN apresentaram pelo menos um TAns ao longo da vida, e para AN a porcentagem foi de 20% a 55%. O transtorno ansioso mais comum associado a BN foi Fobia Social (59%), com Fobia Simples em segundo lugar. Em indivíduos com AN, o mais comum foram os transtornos de Pânico ou TOC. Com relação à ordem dos transtornos, em pacientes com BN e Fobia Social, a Fobia Social precedeu o TA significativamente.

Existe também uma alta ocorrência de TOC em pacientes com TA, e é mais frequente aparecer em comorbidade com AN restritiva do que com BN. É importante salientar que o TOC estava incluído nos TAns, e muitos estudos incluíam sua incidência dentro desta categoria, sem salientar exatamente uma taxa específica para esse transtorno. Em estudos com descrições mais detalhadas, encontram-se taxas de comorbidade entre 11% e 40%, sendo que na população em geral a prevalência de TOC fica na faixa de 3%. As manifestações mais comuns são rituais de lavagem e organização, além do pensamento recorrente de que “as coisas estão erradas”. No entanto, é importante diferenciar estes sintomas de outras obsessões e compulsões relacionadas mais diretamente com o TA (cortar comida em pedaços, checagem corporal, comer sempre no mesmo horário e outros). Existem ainda alguns traços de personalidade que coexistem em pacientes com Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo (TPOC), como perfeccionismo, rigidez e necessidade de controle. Apesar de ser comum haver histórico familiar, não existe até o momento evidência suficiente para afirmar que há transmissão genética, mesmo com fortes indícios (Herpertz-Dahlmann, 2008, 2015; Maia, 2009; O’Brien e Vincent, 2003; Serpel *et al.*, 2002; Grange *et al.*, 2010).

Em 2001, Bellodi e colegas investigaram familiares de 136 mulheres com AN e BN e encontraram taxas elevadas de familiares com sintomas do espectro obsessivo-compulsivo (9,7% *versus* 0% no grupo controle). Eles chegam a sugerir que os TA sejam considerados parte do espectro OC.

Outro estudo conduzido por Halmi e um grande número de colegas, em 2005, pesquisou 607 indivíduos com TA sobre perfeccionismo, TPOC e TOC. Foram encontradas taxas de 20% para ocorrência de TOC, 13% para comorbidade de TPOC e 16% para comorbidade de TOC e TPOC. Não houve diferença significativa para subtipos de TA. Os autores do estudo concluíram que a presença de traços perfeccionistas deve ser detectada, pois pode sugerir maior risco de desenvolver TA em indivíduos com TOC e/ou TPOC.

Também é comum encontrar comorbidade com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) ou sua forma mais branda, Ciclotimia. Fornaro e colegas (2010) relataram taxas de 28% a 60% para AN e taxas de 33% a 62% para outros TA. Num estudo de 2011, McElroy e colegas encontraram prevalência de 14,3% de TA em pacientes com Transtorno Bipolar ($n = 875$), sendo CAP mais comum ($n = 77$), BN em segundo lugar ($n = 42$) e AN em terceiro ($n = 27$).

A ocorrência conjunta de TA e Abuso de Substâncias é também elevada, apesar de menor do que a ocorrência com TH ou TAns. Pacientes com AN Restritiva apresentam menor incidência de abuso de álcool do que pacientes com AN Purgativa e BN. A hipótese é que a característica perfeccionista protege as anoréxicas restritivas, enquanto que a característica mais impulsiva das bulímicas as torna mais susceptíveis. As substâncias mais comuns são álcool, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos (Herpertz-Dahlmann, 2008; O'Brien e Vincent, 2003).

Comorbidades psiquiátricas do Eixo II (transtornos de personalidade) também são bastante comuns em pacientes com TA, chegando a taxas de 27% a 61%. O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é o mais comum e apresenta forte relação com casos de BN. Já para casos de AN, o transtorno de personalidade mais comum é o TPOC, como já foi comentado anteriormente. Outros transtornos de personalidade que podem estar presentes em casos de TA são Transtorno de Personalidade Histriônica e Transtorno de Personalidade Esquizoide. Quando diagnosticados, os transtornos de personalidade geralmente podem ser reconhecidos como anteriores ao TA e ainda

permanecem após remissão do padrão alimentar desorganizado (O'Brien e Vincent, 2003).

Outra comorbidade presente em pacientes com TA é o distúrbio da imagem corporal. O grau desse distúrbio é um dos critérios diagnósticos, sendo também indicador de melhor prognóstico, quando resolvido.

Segundo Saikali *et al.* (2004), a imagem corporal é a figura mental que o indivíduo cria sobre o próprio corpo e envolve três componentes: perceptivo, subjetivo e comportamental. O componente perceptivo engloba a precisão da percepção de tamanho e peso corporal, o componente subjetivo engloba a satisfação com a aparência corporal, e o comportamental engloba as atitudes em que o indivíduo se engaja para evitar o desconforto relacionado à aparência corporal.

A insatisfação com a imagem corporal, identificada pela excessiva preocupação com o peso, faz deste sintoma um fator diagnóstico importante para pacientes com TA. O desejo persistente de emagrecer leva esses pacientes a iniciarem um processo alimentar alterado, engajando-se em dietas com restrição de alimentos considerados engordativos, como carboidratos e gorduras, ou ainda em outros métodos inapropriados, como uso de laxantes e vômitos autoinduzidos. Pela incidência maior no sexo feminino, a distorção da imagem corporal encontrada tanto em anoréxicas como em bulímicas está associada ao início das transformações corporais que acontecem na adolescência, o que, nessa população, acentua a preocupação com a forma e o peso corporal. Essa preocupação está associada a diversos fatores, como alterações hormonais relacionadas à menarca e cobrança social por um padrão de beleza culturalmente estabelecido. A distorção da imagem corporal se caracteriza, então, como uma insatisfação com a imagem corporal em que o indivíduo se considera gordo ou obeso, sem estar realmente enquadrado nesta condição (Appolinário e Claudino, 2000; Alves *et al.*, 2008).

De acordo com Alves *et al.* (2008):

Na anorexia nervosa, o distúrbio da imagem corporal é um sintoma nuclear manifestado por intenso medo de ganhar peso e supervalorização da forma corporal na autoavaliação. Ocorre também a superestimação do tamanho do corpo como um todo e suas partes. Ambos os quadros geram uma insatisfação com a imagem corporal mentalmente construída.

A distorção da imagem corporal é um sintoma diferencial entre a AN e a anorexia causada por outras patologias, sendo exclusiva de transtornos psiquiátricos, tornando sua identificação crucial para o diagnóstico apropriado do TA (Appolinário e Claudino, 2000).

O que se pode concluir destes estudos é que a ocorrência de comorbidades psiquiátricas é elevada em pacientes com TA. Mesmo levando em conta que as comorbidades são mais expressivas na fase de crise e que, no caso da AN, isto se agrava com a desnutrição, é preciso considerar um quadro psicopatológico mais amplo em pacientes com longa relação com TA. Em um antigo estudo, Pollice e colegas (1996) investigaram Depressão, Ansiedade e Obsessões em grupo de anoréxicas em diferentes estágios do transtorno: crise, recuperação e recuperadas (usando o IMC como medida de referência). Os resultados mostraram que os sintomas eram piores na fase de crise, mas que mesmo em pacientes há muito recuperados, todos os sintomas ainda se apresentavam mais elevados do que na população em geral. Também é preciso considerar que, em geral, a idade inicial de sintomas anoréxicos é menor do que para indivíduos com BN, o que por si só já é um fator agravante.

O tempo de duração do transtorno também é fator importante para o prognóstico e estudos apontam que casos com mais de sete anos de curso apresentam maior desafio para tratamento (Yager e Powers, 2010). Na metanálise conduzida por Arcelus (2011), os resultados apontaram para a relação da gravidade dos transtornos com alguns fatores:

- idade do início dos sintomas para casos de AN;
- comorbidade com abuso de álcool;
- baixo IMC quando diagnosticado com AN;
- comorbidade com Transtornos do Humor;
- comorbidade com comportamentos impulsivos e automutilação;
- tentativas de suicídio;
- histórico de hospitalização por causa do TA.

Existe uma carência de tratamentos psicológico-comportamentais efetivos para TA que é salientada na literatura (DeJong, Broadbent e Schmidt, 2012; Yager e Powers, 2010). Pode-se encontrar um resumo das opções disponíveis num seminário publicado na revista *Lancet*, em 2010, disposto no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Tratamentos psicológico-comportamentais efetivos para Transtornos Alimentares (Treasure, Claudino e Zucker, 2010)

Tipo de tratamento	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		Compulsão Alimentar	
	Evidência	Benefício	Evidência	Benefício	Evidência	Benefício
Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Pouca	Leve	Forte*	Moderado*	Média*	Grande *
Psicoterapia Interpessoal	Pouca	Leve	Média	Leve	Pouca	Moderado
Terapia Cognitiva Analítica (TCA)	Pouca	Leve	---	---	---	---
Terapia Dialético-Comportamental (DBT)	---	Leve	Pouca	Leve	---	---
Terapias Psicodinâmicas	Pouca	Leve	Pouca	Resultados mistos	---	---
Terapia Comportamental	Pouca	Resultados mistos	Média	Leve	---	---
Terapia Familiar (Maudsley)	Média*	Moderado*	Pouca	Leve	---	---
Atendimento individual com especialista clínico	Pouca	Leve	---	---	---	---
Aconselhamento nutricional (isolado)	Pouca	Negativo	Pouca	Resultados mistos	Pouca	Leve
Terapia Comportamental para perda de peso	---	---	---	---	Pouca	Moderado
Intervenções de autoajuda	---	---	Pouca	Leve	Pouca	Leve
Intervenções <i>on-line</i>	---	---	Pouca	Resultados mistos	Pouca	Resultados mistos

(*) Tratamento disponível mais eficiente até o momento.

Outro fator importante a ser considerado nos tratamentos psicológico-comportamentais oferecidos para pacientes com TA é a alta resistência em aderir a planos terapêuticos e o alto índice de desistência desses programas. Pacientes com AN são mais resistentes e apresentam índice de desistência mais elevado do que pacientes com BN ou CAP. Um fator que pode explicar isso é a própria falta de crítica encontrada nesses pacientes, considerada um sintoma que piora o prognóstico de forma geral⁴. Até o momento, a terapia familiar é o tratamento com melhores resultados para pacientes com AN, e a necessidade de novas abordagens é muito salientada nos estudos (Treasure, Claudino e Zucker, 2010). Mesmo para BN, o tratamento considerado mais eficiente (TCC; Fairburn, 1981) apresenta índices de desistência de até 40% (DeJong, Broadbent

⁴ Clinicamente, diz-se que a AN é ego-sintônica.

e Schmidt, 2012; Fassino *et al.*, 2009). Algumas variações da TCC foram pesquisadas e apresentam bons resultados (Murphy *et al.*, 2010), sendo recomendadas pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica da Inglaterra (NICE *guidelines*, 2004).

1.3 MEDITAÇÃO

A meditação tem sido conceituada como um treinamento mental com o objetivo de acalmar a mente, diminuir processos ruminativos e características obsessivas do fluxo caótico dos pensamentos (Rubia, 2009; Fortney e Taylor, 2010), além de promover o controle voluntário do foco de atenção (MacLean *et al.*, 2010).

As práticas meditativas podem ser encontradas em diferentes tradições religiosas, assumindo diversas formas (Arias *et al.*, 2006). Entretanto, tradições orientais, como o Hinduísmo e o Budismo, desenvolveram uma vasta metodologia para se alcançar estados meditativos avançados. O próprio Buda deixou escritas orientações específicas para se alcançar a libertação da constante insatisfação na qual se vive e atingir a excelência mental (Wallace, 2006).

O número de técnicas de meditação é vasto e depende muito do contexto ou filosofia em que a meditação está inserida. Algumas práticas cristãs, por exemplo, utilizam palavras consideradas sagradas para que o indivíduo fique pensando nelas, repetindo-as mentalmente e evocando sentimentos e emoções que estas promovam. Também na conhecida prática de Meditação Transcendental⁵ existe o foco numa palavra mentalizada (geralmente em forma de mantra⁶ pessoal). Algumas técnicas são realizadas com olhos abertos e treinam sustentar o foco de atenção em um objeto externo, como uma vela, uma imagem considerada sagrada ou outro objeto ordinário. Existem ainda técnicas em que o foco é na imagem mental de tais objetos, buscando uma visualização tão nítida quanto a que se tem com os olhos abertos (Goleman, 2012).

Dentre as diferentes formas de praticar, podem ser citadas: sentado, deitado, caminhando, girando/dançando, desenhando mandalas, ou ainda outras. O Yoga também é considerado uma prática meditativa, desde que realizado de acordo com a tradição hinduísta. Isso muitas vezes não acontece devido à grande disseminação da prática e à falta de regulamentação desta área profissional.

⁵ A Meditação Transcendental foi criada por um iogue hindu conhecido por Maharishi Mahesh Yogi na primeira metade dos anos 1900 e ficou muito conhecida na década de 1960 por causa dos The Beatles, que se tornaram praticantes fervorosos.

⁶ *Mantra* é uma palavra que vem do sânscrito e tem um significado sagrado. É utilizada com a intenção de alcançar os benefícios que o *mantra* evoca.

Toda prática meditativa precisa de uma técnica específica. Para fins de pesquisa e assistenciais, Cardoso e colegas da Unifesp (2004) escreveram um artigo em que definem os critérios necessários para uma prática ser caracterizada como meditação. Dentre os critérios apresentados, são citados:

- apresentação de uma técnica específica: esclarecer os procedimentos aos participantes e não apenas colocá-los sentados e pedir que “comecem a meditar”;
- relaxamento muscular: deve acontecer em algum momento da prática e pode ser medido facilmente em casos de pesquisa;
- relaxamento lógico: a busca de um relaxamento mental em que não se criam expectativas, não se tenta analisar nem julgar o que acontece;
- estado autoinduzido: apesar de ser orientado por um instrutor, o próprio praticante tem uma atitude ativa no alcance do estado meditativo e a prova disso se dá na capacidade de reproduzir a prática sozinho;
- habilidade de criar uma “âncora” de atenção: ao longo da prática, o indivíduo que medita adquire a capacidade de focar sua atenção num objeto específico, seja ele a própria respiração, uma parede, um som ou outro objeto qualquer.

Em 1974, Herbert Benson, cardiologista, e outros colegas da Harvard publicaram os resultados de uma pesquisa sobre o efeito de uma técnica de relaxamento em pacientes com hipertensão. Demonstrando efeitos positivos, a técnica recebeu o nome de “resposta de relaxamento”, por atuar de forma oposta à já conhecida “resposta *fight-or-flight*”, também chamada de “resposta ao estresse”. No caso do estresse, existe aumento do metabolismo, com aceleração dos batimentos cardíacos e do ritmo da respiração, aumento de pressão sanguínea e maior fluxo de sangue para os músculos. No caso do relaxamento, há diminuição da função metabólica e do consumo de oxigênio, com ondas cerebrais mais lentas e diminuição dos níveis sanguíneos de lactato (associado a ansiedade). Essas e ainda outras funções estão associadas ao funcionamento do sistema nervoso autônomo e à região do hipotálamo no cérebro.

Em 1975, Benson publicou seu livro intitulado “*The relaxation response*”, que rapidamente se tornou um *best-seller* e iniciou um processo (que ainda levaria anos) com profundo impacto na forma de médicos pensarem a relação mente-corpo. Os dois

passos principais da técnica eram: 1) repetir uma palavra, frase ou oração na qual a pessoa se concentrasse de 10 a 20 minutos, 2) abrir mão de outros pensamentos que viessem à mente nesse período. Foi o início do uso de práticas meditativas na saúde.

1.3.1 Meditação Mindfulness

Dentro da tradição budista, a técnica de meditação mindfulness se insere na fase inicial da jornada meditativa conhecida como *shamatha*, que significa “tranquilidade” em sânscrito. Nesta fase inicial do treinamento, o objetivo é acalmar a mente e torná-la maleável para que possa ser usada em técnicas meditativas mais avançadas, como por exemplo, *vipashyana*⁷. Essa tranquilidade mental é alcançada por meio do treino da atenção, passando por etapas bem claras e definidas, amparadas nos relatos de monges que têm praticado meditação ao longo de 2 500 anos (Wallace, 2006, 2011).

De acordo com Wallace (2011),

Mindfulness é a fundação para todas as outras formas de meditação. As práticas [...] não requerem nenhuma crença religiosa; podem ser usadas por ateístas ou por devotos, fundamentalistas de qualquer religião – qualquer um que queira melhorar suas capacidades de atenção.ⁱ

Por se tratar de uma filosofia que não propõe a crença em um ser superior, mas sim a autoinvestigação da experiência humana com a intenção de diminuir o sofrimento, a tradição budista tem estabelecido um rico diálogo entre monges e autores acadêmicos. Devido ao recente interesse em cultivar estados mentais positivos proposto pela Psicologia Positiva e pela Psicologia Transpessoal, o estudo de séculos de investigação pessoal conduzido por monges se torna relevante para enriquecer teorias filosóficas e psicológicas sobre a natureza da mente humana (Wallace e Shapiro, 2006; Seligman *et al.*, 2006; Hartelius *et al.*, 2007).

Como um treino de atenção, o cultivo de mindfulness, da forma que é trabalhado pela tradição budista, pode ainda trazer outros benefícios. Atenção é uma faculdade comum a todos e ter esta habilidade natural bem desenvolvida é proveitoso em quase todas as situações humanas. Segundo Kabat-Zinn (1990), “[...] sua essência é universal.

⁷ *Vipashyana* significa “*insight*” ou “olhar profundamente”, e são técnicas meditativas que fomentam obter esclarecimento a respeito de percepções, pensamentos e sentimentos.

Mindfulness é tão somente uma forma particular de prestar atenção. É uma forma de olhar profundamente dentro de si mesmo num espírito de autoinvestigação e autocompreensão”ⁱⁱⁱ.

Em seu livro “*Full catastrophe living*” de 1990, Kabat-Zinn define mindfulness como a intenção de prestar atenção ao momento presente, sem julgamentos, com uma postura de aceitação ao que se passa. Esta definição tem sido extensamente citada na literatura, mas vale citar outras fontes, tanto acadêmicas quanto tradicionais.

Num artigo de 2003, Brown e Ryan trabalharam uma definição de mindfulness a partir do conceito de consciência, explicando que *percepção* e *atenção* fazem parte desse construto. A percepção seria o “radar” da consciência, atuando de fundo. E a atenção seria o processo de focar a percepção consciente em determinada experiência. Mindfulness é definida então como um estado de consciência, no qual a atenção está aumentada, com percepção consciente do que se passa a cada momento, sustentando um estado precognitivo que observa conteúdos emocionais, mentais e sensoriais.

Em 2004, o psicólogo Scott Bishop reuniu vários autores do Canadá e dos Estados Unidos que estudam e trabalham com mindfulness e juntos desenvolveram uma definição operacional para esse conceito, composta de dois componentes centrais: 1) uma autorregulação da atenção, em que se tem a intenção de sustentar e manter a atenção na experiência presente; 2) adoção de uma atitude de abertura e curiosidade, seguida por uma aceitação sem julgamentos.

Shapiro e colegas (2006) também trabalharam uma definição que sugere que mindfulness é um construto complexo, contendo três componentes que interagem entre si: 1) a **intenção** de praticar, 2) a **atenção** que é praticada em si e 3) a **atitude** com a qual se pratica a atenção. Neste terceiro item, inserem-se os *mecanismos* de mindfulness, que serão discutidos adiante.

Figura 1. Componentes de mindfulness (Shapiro e colegas, 2006).

Paul Grossman, diretor do Departamento de Medicina Psicossomática da Universidade de Basileia, na Suíça, é fundador e diretor do Centro Europeu de Mindfulness. Ele é autor de diversos artigos que discutem as bases teóricas da mindfulness e levantam uma discussão saudável a respeito de desvios conceituais que eventualmente ocorrem na literatura. Em um artigo de 2010, Grossman reflete sobre a profundidade do conceito de mindfulness na tradição budista, lembrando da importância do cultivo de comportamentos éticos e de um estado afetivo apoiado na gentileza, paciência, tolerância, aceitação sem expectativas, empatia e abertura.

Atualmente, abordagens cognitivo-comportamentais têm absorvido o conceito de mindfulness, afirmando mesmo que as terapias baseadas em mindfulness são a *terceira onda* da linha de psicologia que se iniciou como Terapia Comportamental (Behaviorismo). Hayes e colegas (2006) nomeiam as três fases: 1) terapia comportamental tradicional, 2) terapia cognitivo-comportamental e 3) terapias cognitivo-comportamentais mais fundamentadas no contextualismo. Em Herbert e Forman (2011) encontram-se nove abordagens diferentes dentro do grande “guarda-chuva” das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) que incorporaram ou foram criadas com base no construto de mindfulness. Grossman chama a atenção para o fato de que mindfulness como conceituada por autores de TCCs pode perder as sutilezas do amplo conceito budista e lembra que, até pouco tempo atrás, Terapias Comportamentais negavam a importância de emoções e pensamentos, considerando-os fora do escopo da pesquisa científica. Além disso, muitos teóricos escrevem sem ter a vivência da prática, o que limita a percepção de sutilezas do conceito (Grossman, 2010).

Ainda não se chegou a um consenso acadêmico sobre a definição de mindfulness e vários esforços podem ser vistos neste sentido. Cuidado deve ser usado para não transformar um conceito amplo em apenas mais uma técnica. É preciso manter em mente que mindfulness não é apenas prestar atenção, mas, como diz Kabat-Zinn e outros autores, **prestar atenção de uma forma específica**, trabalhando uma postura interna, com a autorregulação de pensamentos, emoções, comportamentos e também conceitos éticos, a partir de uma capacidade metacognitiva minimamente desenvolvida. Pesquisas científicas pedem a definição de construtos claros para facilitar a análise, mas separar mindfulness, de acordo com a tradição budista, de seus componentes inerentemente relacionados talvez seja impraticável devido à sinergia interna entre eles (Grossman e Van Dam, 2011; Kabat-Zinn, 2003; Baer, 2003).

Ainda, é preciso salientar que mindfulness faz parte do treinamento em meditação tanto nas fases iniciais de tranquilizar a mente (*shamatha*) como nas fases de busca de *insight* (*vipashyana*) e que isso às vezes se confunde em alguns textos ou mesmo em algumas abordagens. Estas duas formas de praticar meditação podem ser trabalhadas separadamente ou de forma integrada. O que é importante compreender, e que muitas vezes não fica claro na literatura, é que a fase de *shamatha* geralmente usa exercícios de mindfulness com foco específico e a fase *vipashyana* estimula uma atenção mais ampla, integrando várias percepções com a intenção de obter *insight* a respeito das mais variadas questões.

Na década de 1970, o monge birmanês N. S. Goenka desenvolveu um intenso retiro de meditação que recebeu o nome de *Retiro de Vipassana*. Neste retiro, a proposta é passar 10 dias em silêncio, sem ler ou escrever, sem comunicar-se com outras pessoas através de qualquer meio de comunicação, meditando em torno de 10 horas por dia. Também há restrição alimentar, sendo geralmente permitido apenas o almoço, além de água. É importante diferenciar o que se chama de *Retiro de Vipassana* das práticas que utilizam técnicas de *vipashyana* (*insight*) – são coisas bem distintas. Na proposta de Goenka, tanto técnicas de mindfulness quanto de *insight* são ensinadas, assim como aulas teóricas sobre fundamentos do Budismo. Os *Retiros de Vipassana* são muito populares, mas é preciso cautela. Devido à intensidade desta proposta de retiro, os indivíduos participantes precisam concordar com as condições, e mesmo assim muitos desistem antes do término dos 10 dias.

O monge vietnamita Thich Nhat Hanh (1998) explica que, na verdade, *shamatha* e *vipashyana* são diferentes aspectos de uma mesma “meditação budista”. Por isso, é muito comum vermos uma confusão nas definições e usos dessas práticas. Como salienta Hanh, geralmente dá-se muita importância a *vipashyana* por causa da obtenção de *insight* que a prática produz. Entretanto, é de fundamental importância cultivar antes uma mente tranquila, focada, senão a própria obtenção de *insight* fica comprometida.

Em artigo de referência publicado em 2014, Simkin e Black discutem extensamente o que é meditação, diferenciando mindfulness em práticas de atenção focada (*shamatha*) e atenção ampla (*vipashyana*) e diferenciando os protocolos de acordo com o tipo de meditação que é trabalhado. As autoras conseguem explicar muito bem as diferentes formas que a meditação tem sido usada na área da saúde, todas com seus respectivos resultados positivos e questões em aberto para serem aprofundadas por futuros estudos.

O *Sattipatthana Sutta* é o texto mais antigo sobre a prática de mindfulness e faz parte da literatura sagrada da tradição budista Theravada. É possível encontrar inúmeras traduções (o texto original está em páli⁸) com subsequentes comentários e explicações. A tradução mais citada é a de Soma Thera (1998), mas é preciso chamar a atenção que traduzir termos religiosos de línguas antigas não é tarefa fácil e, portanto, vale a pena consultar mais de uma fonte.

Satti é a palavra em páli (em sânscrito, escreve-se *sati*) que costuma ser traduzida como mindfulness. Em seu conceito original, *satti* é um estado de consciência no qual o indivíduo presta atenção em tudo o que se passa no momento presente, tanto no corpo como no ambiente. Contudo, para se alcançar este grau de atenção, é preciso treino, daí a importância de todas as recomendações dos passos para se cultivar mindfulness. Existem ainda outras sutilezas do conceito original de *satti*, que será trabalhado ao longo do texto.

⁸ Páli é uma língua morta, falada na Índia antiga. Assim como o sânscrito, que ainda é falado em vilarejos pela Índia, o páli ainda é estudado, pois grande número de textos sagrados do Budismo, Hinduísmo e Janaísmo está escrito em uma dessas línguas. Existe muita similaridade entre termos em páli e em sânscrito, sendo impossível às vezes saber a raiz etimológica real da palavra em questão.

Thera (1998) diz:

Este é o único caminho, ó monges, para a purificação dos seres, para a superação das mágoas e das lamentações, para a destruição do sofrimento e pesar, para alcançar o caminho correto, para alcançar a libertação – as quatro formas de despertar mindfulness.ⁱⁱⁱ

Em uma leitura mais cuidadosa, encontram-se no *Sattipatthana Sutta* diretrizes sobre os quatro passos ou formas de praticar mindfulness, ou ainda, “quatro aplicações de mindfulness”, explicadas em maior detalhe por Wallace (2011) e Goleman (2012). Assim sendo, a recomendação é que se deve trabalhar a seguinte ordem de **objetos de prática**:

- **Corpo:** o praticante pode usar como objeto da prática qualquer parte do corpo que esteja parada ou em movimento. A intenção está em reconhecer as sensações táteis e perceber a diferença entre elas e o “pensar” sobre o corpo ou as sensações. A respiração é a âncora mais utilizada, mas muitas formas de observar o corpo podem ser trabalhadas. Também inclui-se nesta categoria a observação dos estímulos externos, ambientais e suas consequências no corpo e na mente.
- **Emoções:** o praticante é convidado a reconhecer emoções e sentimentos presentes no momento, sem se importar se são agradáveis, neutros ou desagradáveis. Aqui os mecanismos do não julgamento e da aceitação ganham novas dimensões. Algumas emoções são reações a percepções corporais ou do ambiente, outras são reações a pensamentos, outras ainda são reações a processos fisiológicos. Qualquer que seja a fonte, as emoções são reconhecidas e observadas, com a intenção de não se deixar perder em pensamentos sobre elas.
- **Mente:** o praticante é convidado a reconhecer os *processos mentais* independentemente de seus conteúdos. Por exemplo, quando o foco está nas mãos, o praticante deve reconhecer quando a mente se distrai ou entra em sonolência ou torpor e, por meio da vontade, trazer o foco de volta ao objeto proposto, reativando um estado mental de alerta sem esforço. A intenção é reconhecer os objetos que surgem *na* mente, como pensamentos, imagens, emoções, ou ainda outros estímulos. Nos protocolos que utilizam mindfulness, desde o início há a discussão teórica sobre essa forma de observar a mente e os

praticantes são estimulados a reconhecer que pensamentos, imagens e emoções são objetos passageiros da mente e não uma expressão da realidade (teoria muito explorada também em Terapia Cognitivo-Comportamental). No entanto, na tradição existem exercícios específicos para trabalhar esta forma de mindfulness.

- **Objetos da mente:** o praticante é convidado a reconhecer a impermanência dos conteúdos mentais (pensamentos e imagens mentais) e da possibilidade de observar a mente (metacognição). A intenção está em reconhecer os processos de causa e efeito entre a mente e seus conteúdos e, com isto, a ausência de realidade deles. Também conhecido como observação dos “fenômenos” da mente, neste formato, os objetos da prática são mais abstratos, sendo recomendados para praticantes mais experientes. Os protocolos de mindfulness geralmente não incluem práticas deste nível. Cuidado e muita experiência meditativa são necessários para a condução destas práticas, principalmente no contexto de saúde mental.

Em seu livro “*Minding closely: the four applications of mindfulness*”, Wallace (2011) também escreve que:

as práticas de mindfulness não existem isoladas, mas estão imersas em uma matriz de diversas técnicas com vários propósitos e pré-requisitos. Estes podem ser agrupados em cinco categorias primárias: 1) refinar a atenção, 2) alcançar *insight* através da mindfulness, 3) cultivar um bom coração, 4) explorar a natureza última da realidade e 5) realizar a Grande Perfeição – o culminar do caminho para a iluminação.^{iv}

Para fins do trabalho em saúde com mindfulness, o importante é não perder de vista os três primeiros itens descritos por Wallace.

1.3.1.1 Mindfulness na saúde

A principal estratégia para incluir a prática de meditação mindfulness no contexto clínico de saúde foi criada por Jon Kabat-Zinn no final da década de 1970, em Massachusetts, nos Estados Unidos. Kabat-Zinn criou um programa de 10 semanas (que mais tarde foi reduzido para oito semanas), inicialmente para ajudar pacientes que sofriam com dores crônicas e para os quais as possibilidades médicas haviam chegado a

um limite (Kabat-Zinn, 1982). Posteriormente, Kabat-Zinn expandiu o programa para pacientes ansiosos, obtendo também resultados promissores ($p < 0,0001$) tanto na redução da pontuação para Ansiedade quanto para Depressão (Kabat-Zinn, 1992). Nessa época, o programa recebeu o nome de “Terapia para Redução do Estresse Baseada em Atenção Plena” (em inglês, *Mindfulness-Based Stress Reduction* – MBSR) e, atualmente, é utilizado nas mais variadas populações, além de ser o modelo para diversas adaptações feitas em pesquisas de saúde e outras áreas.

Resumidamente, o programa de Kabat-Zinn segue um protocolo de oito semanas, com uma prática semanal em grupo, práticas diárias individuais, um retiro de um dia com todo o grupo e material em áudio que auxilia a prática em casa. São utilizadas as técnicas meditativas de *Body Scan* (rastreamento corporal), meditação sentada, meditação caminhando, algumas posturas de Yoga, além de um diário de práticas que o aluno deve manter atualizado (Kabat-Zinn, 1990).

No programa MBSR, Kabat-Zinn propõe que a pessoa trabalhe o foco de atenção usando a respiração como âncora. Ao alcançar um estado de atenção focada, sem querer alterar ou controlar a respiração, observando-a sem *pensar*, mas apenas *sentindo* a respiração, um estado de grande calma é alcançado. Por isso, Kabat-Zinn sugere que em todas as outras práticas meditativas de seu programa, como na meditação caminhando ou nas práticas de Yoga, a pessoa mantenha consciência de sua respiração. Apesar desta recomendação, Kabat-Zinn trabalha com uma forma de atenção mais ampla, comum nas práticas mais avançadas de *vipashyana*. É recomendado que a pessoa mantenha consciência também das sensações táteis, dos sons do ambiente e de pensamentos ou emoções que surjam. O treino se baseia em manter a percepção do que se passa a cada momento, sem apegos ou desejos de mudar aquilo que é percebido, observando reações cognitivas e emocionais, cultivando uma postura de gentileza para consigo mesmo (Kabat-Zinn, 1990).

Dentre as mudanças observadas nos pacientes que passaram pelo programa MBSR, Kabat-Zinn (1990) reporta que:

Eles [os pacientes] geralmente partem com sintomas físicos menos severos e em menor número, e com maior autoconfiança, otimismo e assertividade. Desenvolvem mais paciência e maior aceitação deles mesmos e de suas limitações e deficiências. Eles se tornam mais confiantes em suas habilidades de lidar com

dores físicas e emocionais, assim como com outras forças em suas vidas. Mostram-se também menos ansiosos, menos depressivos e menos raivosos. Sentem-se mais no controle, mesmo em situações estressantes que anteriormente os colocariam numa espiral de descontrole.^v

Um objetivo importante do treinamento em mindfulness é alcançar um estado de observação tranquila e imparcial, como por exemplo, apenas perceber uma tensão muscular sem tentar relaxar o músculo, ou perceber o surgimento de um pensamento sem querer alterá-lo (este é um importante diferencial entre mindfulness e TCC). Ao estimular a percepção dos processos mentais, e não dos conteúdos dos pensamentos, a prática tem a intenção de ajudar o indivíduo a tomar consciência de suas próprias reações aos diversos estímulos, assim como de suas crenças e valores pessoais. Com o treino, a pessoa torna-se capaz de lidar de forma mais equilibrada com as percepções e reações que estas provocam, alcançando assim um estado de maior bem-estar (Nyklicek e Kuijpers, 2008; Fortney e Taylor, 2010).

Kabat-Zinn (1999) ainda diz que:

De forma rotineira e sem perceber, nós perdemos uma quantidade enorme de energia quando reagimos automática e inconscientemente ao mundo externo e às nossas experiências internas. Cultivar mindfulness significa aprender a tatear e focar em nossas próprias energias perdidas. [...] Cultivar mindfulness pode levar à descoberta de níveis profundos de relaxamento, calma e *insight* dentro de si mesmo.^{vi}

Desde que foi criado, o protocolo MBSR de Kabat-Zinn já foi aplicado em diversas outras condições clínicas, além de dor crônica e ansiedade.

Em 1998, Kabat-Zinn e um grupo de autores pesquisaram os efeitos do protocolo MBSR em pacientes com psoríase, e concluíram que as práticas do programa auxiliam em uma recuperação mais rápida das lesões causadas pela doença.

Grossman, já citado, e outros colegas publicaram, em 2004, uma metanálise do protocolo MBSR sobre os benefícios para a saúde. Após encontrar 64 estudos relacionados com MBSR na data, foram incluídos na análise 20 estudos que pesquisaram condições clínicas como fibromialgia, dor crônica, câncer e problemas cardíacos. Todos os estudos reportaram melhora na condição dos pacientes, sugerindo

que a prática de mindfulness ajuda um grande leque de indivíduos a enfrentar seus problemas clínicos e não clínicos.

Em 2005, Smith e colegas publicaram um artigo de revisão sobre o uso do MBSR em pacientes com câncer, demonstrando que as práticas ajudam esse grupo de pacientes a dormir melhor, reduzir o estresse associado à condição clínica e melhorar o humor. Apesar de deficiências metodológicas na estrutura dos estudos, o uso de mindfulness para esses pacientes é incentivado. Resultados semelhantes foram reportados na revisão crítica feita por Ott e colegas (2006).

Em 2007, Winbush, Gross e Kreitzer publicaram uma revisão sistemática sobre os efeitos do MBSR em distúrbios do sono. A revisão mostra que a qualidade do sono foi melhorada após práticas de mindfulness, com diminuição no grau de preocupação das pessoas. Em 2011, Gross continuou sua pesquisa sobre os efeitos do MBSR no sono e, com outros colegas, conduziu um ensaio clínico randomizado. Os resultados mostraram melhora significativa tanto na qualidade do sono quanto no adormecer mais rapidamente após oito semanas de treino, em comparação com o uso de medicamentos.

Em um estudo de 2003, muito citado, Kabat-Zinn junto com vários colegas e Richard Davidson (fundador do que hoje é conhecido como neurociência contemplativa) pesquisaram mudanças em processos biológicos associados com as alterações mentais e físicas encontradas em resposta à prática de mindfulness. Em um ensaio clínico randomizado, foram pesquisados os efeitos do treino no cérebro e no sistema imunológico de executivos saudáveis em comparação com um grupo controle. Foi medida a atividade elétrica cerebral antes e depois das oito semanas de treino e, ao final do programa, todos receberam vacina contra *influenza*. Os resultados mostraram pela primeira vez os efeitos da prática na atividade cerebral, com grande ativação no córtex frontal anterior esquerdo, região já reconhecidamente associada a estados emocionais positivos. Em relação à vacina, o grupo intervenção apresentou significativo aumento de anticorpos para *influenza* quando comparado ao grupo controle, demonstrando também alterações positivas no sistema imunológico.

Os resultados positivos do programa MBSR inspiraram outros pesquisadores a desenvolver novos formatos de intervenções com mindfulness, sempre adaptando os exercícios às necessidades da população focada. A adaptação mais conhecida foi criada em 2000, por Williams, Teasdale e Segal: o programa *Mindfulness-Based Cognitive*

Therapy (MBCT). O estudo inicial demonstrou que pacientes recuperados de Depressão Maior reduziram significativamente o número de memórias autobiográficas, o que é um indicativo positivo nessa população. A base lógica para este trabalho já havia sido discutida num artigo de 1995 pelos mesmos autores, mostrando que, apesar de efetiva, a Terapia Cognitiva podia ser potencializada se incorporasse as práticas de redução de estresse baseadas em mindfulness.

Em outro estudo ainda no ano de 2000, Teasdale, Segal e Williams, e outros colegas, pesquisaram os efeitos do MBCT na diminuição de pensamentos depressogênicos que pudessem mediar recaídas em pacientes com Depressão Maior. Os resultados mostraram que para pacientes com três ou mais episódios de Depressão, houve redução significativa de recaídas (40% dos participantes do grupo MBCT recaíram *versus* 66% do grupo de tratamento usual). Os mesmos resultados não foram encontrados em pacientes com apenas dois episódios depressivos ou menos.

Isso demonstra bem que esses protocolos de mindfulness foram desenhados para populações específicas. Mantendo isto em mente, é importante trabalhar com os conceitos básicos de mindfulness quando se deseja aplicar terapia baseada em mindfulness em outras condições clínicas ou psiquiátricas.

Em 2010, Chiesa e Serretti, ambos da Universidade de Bolonha, na Itália, fizeram uma revisão sistemática e metanálise sobre os efeitos do protocolo MBCT em transtornos psiquiátricos. Salientando que o número de estudos era pequeno na época, e mostrando diversos estudos que foram excluídos por principalmente não terem um grupo controle, eles ainda encontraram resultados positivos.

A análise mostra que os resultados são positivos para pacientes que tenham mais de dois episódios de depressão grave e estejam em remissão. Em um artigo de 2010, Segal e colegas demonstraram que, na fase de manutenção, o uso de medicamentos é equivalente ao MBCT na prevenção de recaídas em pacientes instáveis. Esses resultados inspiraram o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE, em inglês) da Inglaterra a recomendar a implementação do protocolo MBCT como tratamento oficial no sistema público de saúde (*National Health Service* – NHS). Em 2012, Crane e Kuyken publicaram um artigo discutindo as questões pragmáticas da implementação do protocolo, salientando a dificuldade de formar novos facilitadores, além de outras questões importantes.

Em 2005, Witkiewitz, Marlatt e Walker, das Universidades de Washington e de Chicago, desenvolveram um protocolo para dependentes de substâncias chamado *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP). Seguindo a proposta do MBCT, o MBRP é também uma Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em mindfulness, utilizando princípios da terapia de prevenção de recaídas de Marlatt e George (1984). Segue o formato de oito semanas, com práticas formais de meditação e exercícios comportamentais. O desenvolvimento deste protocolo começou com um estudo que utilizava o formato proposto por N. S. Goenka, o *Retiro de Vipassana*, para prisioneiros com dependência de substâncias, apresentando resultados promissores (Bowen, 2006). Num estudo randomizado realizado em 2010, já utilizando o protocolo MBRP, Witkiewitz e Bowen apresentaram resultados positivos como diminuição de sintomas depressivos e de fissura, assim como diminuição do consumo de substâncias.

Um protocolo para adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi desenvolvido por Zylowska e colegas (2008), e chamado de *Mindful Awareness Practices* (MAPs).

Também há o trabalho desenvolvido por Tamara Russell (2011), o *Body in Mind Training* (BMT), para pacientes psiquiátricos graves (esquizofrenia e transtorno bipolar).

Um estudo realizado por Zeidan e colegas (2010) mostra que mesmo intervenções curtas de meditação possuem efeitos positivos tanto na diminuição da percepção de dor, quanto na melhora de sintomas depressivos e de ansiedade. Outros estudos apontam ainda que os benefícios da meditação perduram após o fim dos protocolos, tanto em questões fisiológicas como em aspectos psicológicos (Davidson *et al.*, 2003; Hodgins e Adair, 2010).

Diversas adaptações dos protocolos já existentes, assim como o desenvolvimento de novos protocolos específicos para populações clínicas têm sido desenhados continuamente. O que atualmente é chamado de Intervenções com Mindfulness (*Mindfulness Interventions* – MI) segue em expansão e implementação.

1.3.1.2 Outras abordagens com Mindfulness

Como já foi citado anteriormente, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) está absorvendo muitos conceitos associados à mindfulness, desenvolvendo o que tem

sido chamado de “a terceira onda das TCCs”. Neste contexto, é preciso citar duas abordagens.

A primeira é a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT), desenvolvida por Hayes da Universidade de Nevada, nos EUA. A ACT se apoia nos conceitos de mindfulness sem utilizar práticas meditativas formais e nem exigindo que os profissionais tenham uma prática pessoal de mindfulness. Focando em processos cognitivos e de linguagem, a ACT trabalha aceitação e flexibilidade cognitiva com intenção de mudar esquemas psicopatológicos. Não é um protocolo com número fechado de sessões e, em geral, é realizado individualmente. O conceito de flexibilidade psicológica é um dos eixos centrais dessa abordagem e engloba seis aspectos aqui polarizados:

- 1) fusão cognitiva/*defusão*;
- 2) esquiva experiencial/aceitação;
- 3) falta de valores/valores bem definidos;
- 4) perder-se em lembranças ou preocupação/estar no momento presente;
- 5) inação, impulsividade/comprometimento com ação;
- 6) apego a um *self* idealizado/“eu” no contexto atual.

A segunda abordagem mais comentada a ter mindfulness como embasamento teórico é a *Dialectical Behavior Therapy* – DBT (Linehan, 1991), desenvolvida para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. O protocolo tem duração de um ano, com encontros semanais individuais e em grupo. O atendimento individual foca no desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas equilibrado com técnicas de suporte com reflexão, empatia e aceitação. A ênfase recai sobre ensinar os pacientes a lidar com traumas emocionais, em vez de reduzir crises. Nos atendimentos em grupo, o formato segue um modelo psicoeducacional, em que são ensinadas habilidades interpessoais, regulação emocional e habilidades para aceitar situações de estresse.

1.3.1.3 Mindfulness e Transtornos Alimentares

Em relação aos TA, os estudos que utilizam mindfulness são ainda escassos e mais focados em Compulsão Alimentar Periódica (CAP) ou Bulimia Nervosa (BN). O trabalho mais conhecido é o desenvolvido por Kristeller e Hallett nos EUA. Em 1999

eles desenvolveram um estudo-piloto para mulheres com compulsão alimentar em um programa de seis semanas ($n = 18$; pacientes ambulatoriais). O estudo mostrou que houve um resultado positivo na diminuição dos episódios bulímicos (de cinco episódios para menos de um por semana). Também foram medidos índices de Ansiedade e Depressão utilizando os Inventários de Beck para estes transtornos, apresentando diminuição significativa para as pontuações (respectivamente: média do BAI de 16,3 para 10,69 com $p < 0,01$; média do BDI de 17,8 para 9,11 com $p < 0,001$). Posteriormente, este protocolo foi nomeado de *Mindfulness-Based Eating Awareness* (MB-EAT). O principal foco deste programa é desenvolver processos autorregulatórios relacionados ao apetite, equilíbrio emocional e comportamentos (Kristeller e Wolever, 2011).

Em geral, os estudos trabalham com adaptações dos protocolos já estabelecidos ou desenvolvem novas estratégias baseadas em mindfulness. A seguir, comentários sobre alguns estudos encontrados até esta data.

Em 2001, Safer, Telch e Agras, da Universidade de Standford, publicaram um estudo de caso adaptando DBT para BN. A paciente apresentou ao longo do tratamento, diminuição de 13 episódios de compulsão por mês para apenas dois episódios em seis meses. Ainda em 2001, os mesmos autores publicaram outro estudo com 31 mulheres diagnosticadas com Bulimia Nervosa. Foram criados dois grupos: controle e intervenção. Os resultados apresentaram significativa diminuição tanto dos episódios de compulsão como dos de purgação ($p < 0,001$ e $p < 0,002$, respectivamente). A pontuação para sintomas depressivos, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), diminuiu de “depressão limítrofe” para “depressão leve” para o grupo intervenção, sendo que o grupo controle se manteve na pontuação para “depressão limítrofe”.

Em 2002 Michelle Heffner e colegas da Universidade da Virgínia Ocidental publicaram um estudo de caso promissor, aplicando ACT em uma paciente com AN e apresentaram uma proposta de trabalho baseado nesta abordagem, num total de 18 sessões.

Em 2006, Smith e colegas publicaram um estudo preliminar, adaptando o protocolo MBSR para indivíduos da população em geral que tivessem comportamento de compulsão alimentar ($n = 25$). Os resultados foram positivos, apresentando um

grande efeito terapêutico ($r = 0,50$ com $p < 0,05$). No entanto, a falta de um grupo controle diminui a força do estudo.

No livro organizado por Ruth Baer (2006), “*Mindfulness-based treatment approaches*”, Kristeller, Baer e Wolever escreveram um capítulo em que fazem um resumo das aplicações de mindfulness para TA até aquela data. As autoras citam as adaptações baseadas na DBT já comentadas, formatadas em 20 sessões aplicadas tanto individualmente como em grupo e tendo como foco a regulação emocional. Isso se deve ao fato de ser comum as compulsões alimentares ocorrerem para compensar emoções aversivas. Também há um relato de caso com adaptação do protocolo do MBCT para CAP (Baer *et al.*, 2005), levando em consideração que, apesar de o foco deste protocolo ser para pacientes depressivos, muitas estratégias utilizadas no treinamento podem ser generalizadas. O número de sessões foi expandido de 8 para 10 e o material específico sobre depressão foi substituído por material sobre CAP.

Safer, Lock e Couturier (2007) publicaram novo estudo de caso que ilustra mais detalhadamente uma adaptação da DBT para CAP, e que apresenta diminuição de compulsão objetiva de 20 episódios em 28 dias para um episódio em um mês, após finalizar o tratamento.

Proulx (2008), da Universidade de Massachussets, nos EUA, recrutou seis mulheres em idade estudantil diagnosticadas com BN, para um grupo de práticas de mindfulness para Transtornos Alimentares que recebeu o nome de M-BED (*Mindfulness-Based Eating Disorder Treatment*). As participantes relataram uma transformação pessoal na qual extremos de comportamentos e emoções perturbadoras foram substituídos por uma maior conexão com elas mesmas, através de mais autoaceitação, autopercepção e autocompaixão.

Em 2010, um grupo de pesquisadores alemães liderados por Kröger da Universidade de Lübeck apresentou uma pesquisa conduzida por 15 meses para mulheres internadas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e TA ($n = 24$, sendo AN = 9 e BN = 15). Por ser um estudo com um grupo de pacientes mais parecido com o grupo estudado neste trabalho, é interessante que haja maior compreensão das medidas e resultados. Os autores conduziram um programa adaptado da DBT por três meses, sendo uma hora/semana de sessões individuais somada a três sessões/semana de curta duração em grupo (100 minutos no total por semana). Foram

colhidas medidas antes e depois do tratamento (pré e pós) e após 15 meses do término do programa (*follow-up*). Apesar de ser um estudo com um grupo de TA mais grave, o IMC médio das pacientes variou pouco: no pré-pós entre 16,71 e 17,78 para as anoréxicas, e entre 28,41 e 28,03 para as bulímicas. Foi realizada uma análise separada das pacientes com AN e BN com os seguintes resultados no pré-pós:

Tabela 1 – Análise das pacientes (pré-pós) no estudo de Kröger e colegas (2010)

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
EDI-SI (<i>Eating Disorders Inventory – Symptom Index</i>)	108,56 – 94,33 $p < 0,08t$	115,93 – 105,53 $p < 0,055t$
Episódios de CA no último mês	19,22 – 8,11 p não reportado	36,87 – 10,33 $p < 0,001^{**}$
GSI (<i>Global Symptom Index da SCL-90-R</i> para psicopatologia)	1,56 – 1,16 p não significativo	2,18 – 1,87 $p < 0,001^{**}$
GAF (<i>Global Assessment of Functioning</i> para funcionamento psicossocial)	29,44 – 48,33 p não significativo	31,07 – 45,27 $p < 0,001^{**}$

t = tendência para $p < 0,10$.

Em resumo, o grupo de pacientes com AN apresentou menos melhora do que o grupo com BN, demonstrado que o programa ainda precisa de mais aperfeiçoamentos, como salientaram os autores.

Hepworth, de Melbourne na Austrália, publicou em 2011 um estudo-piloto de grupos de mindfulness para mulheres com TA variados: AN, BN e TANE. O estudo formou seis grupos fechados, tendo de cinco a oito participantes em cada um, num total de $n = 33$, ao longo de um ano e meio. Com base no protocolo DBT, cada grupo consistiu de 10 encontros semanais, totalizando dois meses e meio de programa, mais um encontro semanas após o término das sessões (*follow-up*). A única medida utilizada foi o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), apresentando resultados significativos tanto no total como nas subescalas (Fatores I, II e III).

Em 2011, Wanden-Berghe, Sanz-Valero e Wanden-Berghe, da Espanha, publicaram uma revisão sistemática sobre as aplicações de tratamentos baseados em mindfulness para TA. O fato de terem sido excluídos artigos publicados que estudaram pacientes com TA e outras comorbidades restringe a aplicabilidade da revisão, considerando serem transtornos geralmente agravados por diversas comorbidades.

Apesar de terem sido encontrados 30 artigos sobre o tema, apenas oito foram incluídos na revisão, com base nos critérios de exclusão propostos pelos autores. A conclusão dos autores foi de que as intervenções com mindfulness para TA podem ser efetivas. Vale salientar que diversas terapias foram analisadas, sendo que o componente comum entre elas eram as práticas formais de mindfulness ou apenas o suporte teórico, como é o caso da DBT. Esta diversidade aponta para a necessidade de se compreender melhor quais reais benefícios são específicos da mindfulness.

Chen e colegas (2015) estudaram a aplicação de uma adaptação da DBT para pacientes ambulatoriais com AN. A intenção primária do estudo foi avaliar se uma intervenção com foco no controle excessivo comum nesta população apresentaria melhores resultados quando comparados com o protocolo usual da DBT. Na primeira série, seis pacientes mulheres com mais de 18 anos participaram do programa usual de BDT com uma variação de duração de 4 a 24 meses. A média de idade foi de 32,3 anos, com duração média de transtorno estimada em 14,3 anos, e diversas comorbidades usualmente encontradas em pacientes graves estavam presentes: DM, TAG, deficiência renal, osteoporose e outras. As medidas utilizadas foram as entrevistas clínicas para transtornos do Eixo I e do Eixo II de acordo com o DSM-IV (SCID I e SCID II). Os resultados reportados mostraram melhora no IMC ($d = -0,50$). Na segunda série, nove pacientes mulheres participaram do protocolo adaptado com um módulo exclusivo para o tema de controle excessivo. Os resultados também apresentaram melhora no índice do IMC ($d = -1,12$), que foi mantido após seis meses da intervenção.

Godfrey, Gallo e Afari (2015) dos EUA publicaram uma revisão sistemática e metanálise sobre os tratamentos que utilizam variadas abordagens com mindfulness para CAP. De um total de 151 estudos, 19 foram elegidos para o estudo, sendo oito ensaios clínicos randomizados e 11 estudos de coorte publicados de 1999 a 2014. A população estudada foi na maioria mulheres (70% a 100%), adultos com idade entre 22 e 54 anos com sobrepeso ou obesos. Os estudos receberam nota de qualificação moderada segundo a escala de qualidade de pesquisa (*Effective Public Health Practice Project Quality Assessment – EPHPP*), sendo ainda considerados em pequeno número para generalizações. De forma geral, os autores concluem que intervenções utilizando mindfulness são associadas com efeitos terapêuticos de magnitude grande a moderada, segundo cálculos estatísticos (g de Hedge), e podem ser consideradas efetivas.

Outras revisões ainda podem ser encontradas mas se repetem no estudo de mindfulness para CAP ou obesos, encontrando resultados parecidos com os já citados (Godsey, 2013; Katterman *et al.*, 2014).

1.3.1.4 Mindfulness e Neurociência

Em 2009, Rubia publicou um artigo de revisão sobre a neurobiologia da meditação e os efeitos clínicos da meditação em transtornos psiquiátricos. É um artigo muito bem escrito que traz uma análise de diversas técnicas de meditação, discutindo similaridades e peculiaridades de cada técnica. Dentre os resultados, encontra-se a diminuição da pressão arterial, do ritmo cardíaco e do metabolismo de oxigênio, associada a alterações no sistema nervoso parassimpático, como já foi comentado pelo trabalho de Benson. Rubia também relata que estudos eletrofisiológicos do cérebro de praticantes demonstram uma diminuição geral das frequências cerebrais, com aumento de atividade teta e alfa, associada a níveis reduzidos de ansiedade, aumento de atenção internalizada e afetos positivos. Também há relatos do aumento de produção de dopamina, melatonina e serotonina, neurotransmissores reconhecidamente atuantes nos transtornos afetivos e ansiosos.

Alguns autores argumentam que meditação é o mesmo que relaxamento. No entanto, estudos neurofisiológicos apontam diversas diferenças entre técnicas de relaxamento e de meditação, mostrando claramente que não se tratam de técnicas iguais (Rubia, 2009). Lembrando a definição operacional desenvolvida por Cardoso e colegas, já citada anteriormente, práticas meditativas têm como objetivo não apenas o relaxamento físico, mas também o relaxamento **cognitivo**.

Em um estudo de 2007, Jain e colegas relataram que, quando comparada com a técnica de relaxamento somático, que visa relaxar músculos tensos ou eliminar sensações desconfortantes através da respiração e imaginação guiada, a meditação mindfulness apresentou melhores resultados na diminuição de sentimentos angustiantes, ajudando a cultivar estados mentais positivos.

Além disso, a prática de mindfulness parece ter uma via específica de alteração cerebral. Alguns estudos apontam alterações na espessura de regiões cerebrais envolvidas na regulação das emoções, principalmente o hipocampo, região normalmente afetada por medicamentos antidepressivos (Hölzel *et al.*, 2011). O estudo

de Lutz e colegas (2004) demonstra que praticantes experientes de meditação apresentam padrões de sincronicidade entre regiões cerebrais relacionadas a um alto grau de funcionamento cognitivo, muito diferente do observado em quem não medita.

Em um recente artigo de revisão sistemática e metanálise, Fox e sua equipe (2014) apresentaram os resultados de 21 estudos de neuroimagem, totalizando 123 diferenças morfológicas em aproximadamente 300 praticantes de meditação. Eles encontraram oito regiões cerebrais que são consistentemente alteradas em quem medita:

- 1) áreas-chave para a metacognição, como o córtex pré-frontal;
- 2) córtex sensorial e ínsula, atuando na interocepção e exterocepção⁹;
- 3) hipocampo, responsável pela consolidação de memórias;
- 4), 5) e 6) córtex cingulado anterior, córtex cingulado medial e córtex orbitofrontal, regiões relacionadas à autorregulação de emoções e à sensação de “eu”;
- 7) e 8) comunicação intra-hemisférica e entre hemisférios cerebrais.

Essas alterações são importantes constatações e ajudam a compreender as bases biológicas que dão suporte às transformações psicobiológicas observadas pela prática meditativa.

⁹ Capacidade de reconhecer sensações externas relacionadas aos sentidos (sensações táteis, auditivas, olfativas, e outras), apoiando-se em receptores neurológicos.

1.3.2 Mecanismos da Mindfulness

Como apontado anteriormente, dentro daquilo que Shapiro e colegas (2004) chamam de **atitudes** da mindfulness, existem vários atributos psicológicos e comportamentais que são cultivados no processo de desenvolvimento desta abordagem. Também são chamados de **mecanismos** da mindfulness, pois são compreendidos como a base ética que possibilita as transformações encontradas em pesquisas.

A partir do reconhecimento dessas transformações, surgiu a necessidade de compreender melhor **o quê** exatamente é trabalhado nos programas baseados em mindfulness. Esse entendimento se torna importante para identificar e eventualmente aprimorar aspectos da prática que podem ser relevantes em diferentes contextos.

Compreender os mecanismos de ação da mindfulness ainda é um processo em andamento, como apontado por diversos estudos (Shapiro *et al.*, 2006; Carmody *et al.*, 2009; Grabovac, Lau e Willet, 2011). O trabalho inicial de desconstruir o conceito para melhor entendimento começa pela própria definição de mindfulness e segue com uma análise mais cuidadosa dos efeitos da prática.

Segue uma descrição breve sobre os principais componentes de mindfulness discutidos em pesquisas. Deve-se notar que não existe uma hierarquia entre os mecanismos e que eles funcionam em conjunto, num processo bastante dinâmico em que um dá suporte ao outro.

1.3.2.1 Não julgamentos

A postura mais extensamente trabalhada no processo de aprendizado da mindfulness é o abrir mão de julgamentos. A definição de mindfulness já citada de Kabat-Zinn (1990) diz “prestar atenção de uma forma particular: com intenção, no momento presente e **sem julgamentos**”. Atenção é uma habilidade natural do ser humano e pode-se prestar atenção de formas críticas, frias ou ainda outras que não cultivam estados emocionais positivos. Ainda, existem transtornos psiquiátricos onde a qualidade de atenção está superestimulada como nos casos de ataques de pânico, fobia social e outros (Herbert e Forman, 2011). Por isso, a primeira etapa do processo de

aprender a não julgar está em reconhecer o quanto se julga o tempo todo – tanto o autojulgamento quanto o julgamento de terceiros e das experiências que são vividas. Assim, a observação atenta dos pensamentos, como é estimulada pela mindfulness, ajuda a conquistar posturas cada vez menos julgadoras.

O instrumento para avaliar mindfulness desenvolvido por Baer (2006; Five Facts of Mindfulness Questionnaire – FFMQ, incluído neste estudo e apresentado na sessão instrumentos) pretende medir cinco componentes do construto, sendo um deles a capacidade de observar estímulos internos e externos, como sensações, cognições, emoções, percepções visuais, auditivas e olfativas. Estudos psicométricos apontam uma correlação negativa entre as subescalas **observar** e **não julgar** do FFMQ, demonstrando que o excesso de observação pode às vezes conduzir ao excesso de julgamentos ou a outros transtornos, como já comentado. Por isso, a postura correta de prestar atenção precisa ser trabalhada, de forma a incluir os demais mecanismos.

1.3.2.2 Aceitação

A aceitação psicológica é uma das principais ferramentas de mindfulness e um conceito amplamente utilizado nas terapias cognitivas. É descrita por Herbert e Forman (2011) como “uma disposição para experimentar eventos psicológicos (pensamentos, emoções, memórias) sem ter que evitá-los ou permitir que eles influenciem o comportamento de forma inapropriada”.^{vii}

Ainda em Herbert e Forman (2011) encontra-se esta outra definição para aceitação: “permitir, tolerar, abarcar, experienciar ou fazer contato com uma fonte de estímulo que anteriormente provocava fuga, evitação ou agressão”.^{viii}

O argumento principal é que a aceitação psicológica é vista como um meio para um fim, geralmente resultando numa mudança de comportamento. Nesta visão, aceitação tem um componente de ação e pode gerar atitudes mais adaptativas em situações que geram grande ansiedade, ao invés de o indivíduo criar estratégias para evitar o evento, o que geraria uma postura de constante vigilância e, portanto, maior ansiedade (Baer, 2003; Herbert e Forman, 2011).

O componente ativo da aceitação nessa abordagem difere muito do conceito tradicional, muito encontrado nas tradições religiosas, em que a aceitação tem caráter

exclusivamente passivo (Herbert e Forman, 2011). Nas práticas de mindfulness, a intenção é trabalhar uma aceitação ativa daquilo que é percebido pelo treino da atenção.

1.3.2.3 Abertura

No contexto de mindfulness, abertura se refere a adotar uma postura de iniciante, muito cultivada tanto nas tradições budistas como em outras filosofias. Pode-se ler no clássico “*Mente Zen, mente iniciante*” de Shunryu Suzuki (2011, edição de 40 anos) que “na mente de um iniciante, existem muitas possibilidades, na de um **expert**, poucas”.

O entendimento desse mecanismo está em manter um frescor na forma como lida-se com as experiências e perceber que cada momento é um novo momento. Reconhecer que apoiar-se em lembranças ou ideias a respeito do futuro diminui o reconhecimento de outras possíveis ações a serem adotadas. A premissa por trás das práticas de mindfulness é que o “experienciar o momento presente de forma aberta” pode auxiliar positivamente na lida com eventos estressores, porque geralmente o que traz sentimentos de depressão e ansiedade são pensamentos sobre o passado ou o futuro (Dakwar e Levin, 2009; Herbert e Forman, 2011).

Um ponto importante do processo do abrir-se para a experiência é a habilidade de encarar afetos negativos sem se perder neles. Existe um processo de aprendizado nas abordagens com mindfulness que cultiva formas de reconhecer e sustentar a observação de sentimentos conflituosos para que uma compreensão saudável possa acontecer, permitindo a transformação. Em abordagens cognitivas, o mecanismo de abrir-se para a experiência é trabalhado na forma de exposição. Reconhecidamente uma técnica eficaz de terapia, a exposição através da mindfulness é trabalhada na forma de exposição interoceptiva (usando imaginação ativa; Hayes e Feldman, 2004; Herbert e Forman, 2011).

Abrir-se para a experiência do momento presente também se ancora no reconhecimento da impermanência de todas as coisas. Por um lado, ter referências para orientar-se em comportamentos e posturas emocionais é importante, mas por outro, pode enrijecer atitudes e crenças. Dessa forma, a abertura também se relaciona com a capacidade de não reagir, pois reações geralmente são impulsos automáticos baseados em experiências passadas.

1.3.2.4 Gentileza

Prestar atenção ao momento presente pode trazer percepções difíceis de sustentar, como já foi descrito pelos outros mecanismos. Por isso uma postura de gentileza para consigo mesmo é fundamental de ser cultivada no processo de aprendizado proposto pela mindfulness.

Este mecanismo é muito enfatizado por Kabat-Zinn (1990), e se apoia no reconhecimento de que cultivar emoções positivas é um componente fundamental das práticas meditativas. Como será discutido adiante, na tradição budista isso é feito de forma explícita através das práticas de *loving-kindness* (Phelan, 2012). Entretanto, quando se trabalha com práticas exclusivamente de mindfulness (*shamatha e vipashyana*), o trabalho inicial é feito salientando a importância de uma postura de gentileza para consigo próprio, assim como em relação a terceiros.

Em Grossman (2010) encontra-se uma discussão importante sobre os aspectos tradicionais da prática de mindfulness no contexto budista que salienta a postura da gentileza. Outros autores discutem o mecanismo da gentileza em termos de autorregulação emocional (Herbert e Forman, 2011; Bishop *et al.*, 2004).

1.3.2.5 Metacognição (Auto-observação)

Metacognição é a capacidade de reconhecer os próprios pensamentos. Existem na literatura duas distinções importantes: o **conhecimento** metacognitivo e a **experiência** metacognitiva. A primeira – o conhecimento – pode ser descrito como “saber sobre o que se sabe”. Por exemplo, um indivíduo sabe o grau de seus conhecimentos sobre meditação. A segunda definição, diz respeito ao ter consciência de estados emocionais e processos cognitivos. Por exemplo, um indivíduo tem consciência de que uma experiência está produzindo pensamentos e sentimentos variados. Nas práticas de mindfulness o aspecto experiencial é trabalhado extensamente (Teasdale, 1999).

A metacognição pode também ser compreendida como a capacidade de auto-observar-se e a introspecção. Do ponto de vista cognitivo e psicológico, a mindfulness promove então uma auto-observação imparcial, capacitando o indivíduo a compreender seus processos internos, especialmente aqueles que geram sofrimento. Com isso, a meditação colabora com a habilidade de autorregulação emocional que se torna possível através do reconhecimento de processos mentais e da desidentificação destes.

O treinamento em mindfulness, assim, ajuda o indivíduo a perceber os próprios pensamentos como eventos efêmeros que não representam necessariamente uma realidade. Esse reconhecimento aumenta a capacidade de escolha de ação de forma mais consciente, diminuindo a impulsividade (Dakwar e Levin, 2009).

De forma geral, os mecanismos da mindfulness trabalham posturas éticas, formando a base psicológica que possibilita as transformações pelas quais os indivíduos passam ao longo do treinamento.

Dentre os estudos que exploram a dimensão psicológica da meditação, é possível encontrar o desenvolvimento daquilo que o psicólogo Abraham Maslow chamou de metavalores: ética, compaixão, generosidade, autorregulação, significado para a vida, disposição para ajudar o outro, coragem e determinação para lidar com as próprias dificuldades, entre outros. O termo, em inglês, *self-actualization* (“autorrealização”, em português) foi cunhado por Maslow e pode ser comparado com o termo “iluminação” das filosofias orientais, significando o alcance máximo das potencialidades positivas humanas (Maslow, 1964 e 1968; Rubia 2009).

1.4 MODELOS COGNITIVOS E RUMINAÇÃO MENTAL

No livro editado por Uleman e Bragh (1989) intitulado “*Unintended thought*”, diversos autores escrevem sobre a questão de pensamentos não intencionais e as consequências psicológicas e comportamentais de tais pensamentos, apresentando modelos teóricos que tentam elucidar o tema. Uleman e Bragh explicam que, até 1975, acreditava-se que toda forma de pensar fosse intencional e controlável. Mas nesse ano, na publicação organizada por Robert Solso (1976) “*Information Processing and Cognition: The Loyola Symposium*”, diversos autores trouxeram a discussão sobre processamento de informações e cognição. Dentre os autores, Posner e Snyder propuseram que o processamento de informação envolvia processos conscientes e também automáticos (não controláveis). O impacto deste artigo foi grande e, refletindo sobre estratégias e processamento de informação e memória no cérebro, iniciou-se uma linha de pesquisa para compreender a relação entre processos cognitivos não intencionais e atenção.

Em 1967, Beck publicou seu estudo sobre processos mentais em pacientes com Depressão e deu início à criação da hoje consagrada Terapia Cognitiva. Ao longo dos anos, este modelo foi aplicado em diversos outros transtornos psiquiátricos. Em uma revisão de 40 anos da Terapia Cognitiva, Beck escreve sobre o grande número de pesquisas que dão suporte a este modelo de terapia e também fala sobre processos cognitivos específicos para cada transtorno mental, em especial para casos de AN, BN, TOC, Transtorno de Pânico e Transtorno Dismórfico Corporal. Estudos demonstram que estes transtornos têm um núcleo específico de processos cognitivos com crenças disfuncionais em sua base (Beck, 2005).

Em uma discussão crítica sobre a abordagem de Beck, John Teasdale, pesquisador-chefe do Departamento de Ciências da Cognição e do Cérebro da Universidade de Cambridge, em seu artigo sobre emoção e dois tipos de significado (1993), leva a atenção para a falta de base científica da dimensão teórica da Terapia Cognitiva, apesar

do sucesso terapêutico desta abordagem.¹⁰ Teasdale propõe então um modelo teórico com raízes na psicologia cognitiva experimental e na ciência cognitiva. Este modelo recebe o nome de *Interactive Cognitive Subsystems* (ICS) e reconhece duas formas distintas de cognição, com diferenças funcionais importantes em relação a emoções. As duas formas de processar informação apresentadas neste modelo geram duas possibilidades de interpretação de eventos. Lembrando que o modelo cognitivo de Beck reconhece que a base de muitos transtornos está nas crenças e significados atribuídos a eventos vivenciados, o modelo teórico de Teasdale aprofunda-se justamente nessa questão, explicando *como* o processamento de informação gera conteúdos cognitivos, como as citadas crenças disfuncionais. Com esta apresentação teórica, as dificuldades do modelo cognitivo clínico são superadas e novas possibilidades de tratamento são apontadas para futuros trabalhos e pesquisas.

A teoria de Teasdale tem como base tanto conceitos da Terapia Cognitiva de Beck como da Teoria Associativa de Gordon Bower (1981). Segundo Bower, experimentos demonstraram que há um viés emocional na recuperação de memórias. Um estado de humor deprimido aciona uma rede de memórias e padrões de pensamentos e comportamentos que favorece a interpretação negativa dos eventos no momento presente, reforçando o estado deprimido. Esse modelo (de Bower) sugere que o estado emocional da pessoa enviesa o processamento cognitivo, tanto positiva quanto negativamente. Quando aplicado à Depressão, este modelo levanta a questão de que pensamentos negativos tanto **antecedem** quanto podem ser uma consequência do humor deprimido, criando uma relação recíproca entre cognições e emoções.

A teoria ICS reconhece a existência de duas formas de subsistemas mentais para o processamento dos diferentes aspectos das experiências vivenciadas. Cada um desses subsistemas trabalha com informações que são percebidas como advindas de diferentes fontes de informação.

Os subsistemas recebem o nome de **implicacional** e **proposicional**, e geram significados qualitativamente diferentes. No subsistema *proposicional*, a mente trabalha com significados intelectuais, em que a informação é clara e facilmente compartilhada

¹⁰ Esta questão também é comentada por Hayes em um artigo de 2006 sobre a *Action and Commitment Therapy* (ACT) – Terapia de Aceitação e Compromisso, em português –, no qual ele expõe as bases dessa abordagem terapêutica.

com outros através da linguagem. No subsistema *implicacional*, a informação capturada pelo corpo e pelos sentidos é percebida/apreendida e a mente procura por padrões de repetição, para então extrair/atribuir significado. Para a ICS, o subsistema *proposicional* não é diretamente gerador de emoções. É preciso a percepção do pensamento pelo subsistema *implicacional* para que este gere, então, os diferentes estados afetivos.

Por exemplo, no modelo cognitivo usado no MBCT, o padrão que gera o afeto depressivo se apoia num conjunto de pensamentos, lembranças em forma de imagens, associadas com posturas corporais (cabisbaixo, ombros caídos, passos que se arrastam, etc.). Assim, os padrões mentais se relacionam diretamente com informações advindas do corpo e dos sentidos (audição, visão, olfato, paladar e tato), somadas com os produtos do processamento dessas informações (significados atribuídos a tais experiências) e os pensamentos associados. Podem ser criados, e de fato são criados, inúmeros padrões mentais, ou esquemas, ou ainda **filtros**, organizados a partir dos diferentes subsistemas cognitivos que interagem entre si – daí o nome do modelo teórico.

As informações processadas pelo subsistema *implicacional* são difíceis de serem transmitidas em palavras, ficando sempre a sensação de que algo foi perdido, ou que não se alcançou clareza na comunicação. Ao ler um poema, por exemplo, o subsistema *proposicional* captura as palavras e atribui seu significado exato. Mas ao mesmo tempo, o subsistema *implicacional* está associando imagens e sensações àquelas palavras, por exemplo, captando o tom de voz com que elas são lidas e, assim, criando a **experiência** do poema. Isso explica por que, dependendo dos esquemas implicacionais individuais, uma pessoa pode sentir-se bem ao ler um poema e outra pode sentir-se deprimida com a mesma leitura.

A sequência de figuras apresentada a seguir pode ilustrar o processo cognitivo como foi proposto por Teasdale (1993), ajudando na compreensão das interações entre informações e subsistemas proposto pela ICS.

Figura 2. A mente humana, após um processo evolutivo, constitui-se de múltiplos modos de processar informação. O subsistema *implicacional*, mais antigo, recebe os estímulos do ambiente através dos canais visual, auditivo e somatossensorial. As informações são processadas antes de irem para áreas cerebrais que traduzem as informações em processos cognitivos e, por isso, formam o que é chamado de conhecimento abstrato. O subsistema *proposicional*, mais recente, cuida de processos cognitivos mais complexos.

Figura 3. Os pensamentos constituem um dos processos cognitivos organizados pelo subsistema *proposicional* e, segundo Teasdale, são formados a partir de estímulos sonoros e vocalizações rudimentares, sendo a base da linguagem.

Figura 4. Outro processo cognitivo gerenciado pelo subsistema *proposicional* são as imagens mentais, ancoradas nos estímulos visuais e na manipulação de objetos.

Figura 5. Juntos, pensamentos e imagens mentais formam a base do conhecimento intelectual humano. As emoções são formadas a partir de todas as informações recebidas pelo subsistema *implícito*, que continuamente gera emoções de prazer ou aversão, e consequentes ações que nos aproximam ou afastam dos objetos e experiências.

Figura 6. Cada conjunto de percepções que o subsistema *implicacional* recebe, forma padrões que são armazenados como esquemas, ou mais simplesmente falando, filtros, através dos quais o indivíduo se relaciona com o mundo. A formação de esquemas está diretamente ligada à capacidade de armazenamento de memórias de curto prazo (*working memory*, em inglês).

Figura 7. A atenção é compreendida como o “olho da mente”, e coordena o que é apreendido pelo subsistema *implicacional*.

Figura 8. Quando a atenção se volta para processos cognitivos, apoiando-se no subsistema *proposicional*, o indivíduo entra num modo racional de ser, que geralmente usa quando quer alcançar objetivos ou produzir mais conhecimento. Os estímulos corporais, visuais e sonoros caem para um segundo plano assim como emoções.

Figura 9. Quando o foco permanece exageradamente no subsistema *proposicional*, há uma racionalização do ser, na qual o indivíduo *pensa* sobre pensamentos e imagens mentais. Dessa forma, cria-se um padrão desconectado com a realidade, desencadeando o que é chamado de **ruminação mental**. Neste estado de ruminação mental, pensamentos e imagens repetitivas abastecem constantemente o subsistema *implicacional*, gerando ou afetos aversivos que desencadeiam comportamentos de esquiva, ou afetos prazerosos baseados em ilusões às quais pode-se ficar apegado.

Figura 10. Quando a atenção se volta para os estímulos que são constantemente recebidos do ambiente, entra-se num modo de ser ancorado no momento presente. As emoções são percebidas como geradoras de ações que nos levam em direção a objetos e situações desejáveis, ou que nos afastam de objetos ou situações indesejáveis/perigosas.

Figura 11. No entanto, também existem problemas quando o foco de atenção permanece por demais nos estímulos ambientais, criando uma forma de receber informações sem o real entendimento das experiências, possibilitando a criação de esquemas irracionais, tampouco ancorados na realidade. Isso acontece por causa de *loopings* somáticos cristalizados, como posturas corporais enrijecidas ou um foco exagerado em sons ou visualizações que não fazem uma leitura honesta da realidade.

Figura 12. Quando as emoções estão em evidência a atenção oscila entre os subsistemas, gerando o modo mental “emotivo”, onde não há reflexão conceitual sobre as experiências e é caracterizado por “ausência de raciocínio” – a chamada **mente emocional** de Linehan (DBT).

Figura 13. Na prática de mindfulness, a intenção é fazer com que a atenção repouse no subsistema *implicacional*, ou seja, no momento presente, recebendo conscientemente os estímulos do ambiente/corpo a cada momento. Também há a intenção de manter-se consciente do fluxo de emoções, sem reagir a elas. Uma diminuição da atividade cognitiva com palavras e imagens é esperada, e esta diminuição é o ponto central para se alcançar um estado de tranquilidade.

Com isso, a teoria de processamento mental da ICS propõe que o sofrimento é gerado pelo subsistema *implicacional*, e não pelo *proposicional*. Isso significa que em muitos transtornos com componentes que extrapolam o alcance *proposicional*, como é o caso dos TA, abordagens terapêuticas precisam considerar outras formas de acessar conteúdos armazenados no subsistema *implicacional*. As práticas de mindfulness em geral, e mais especificamente as focadas no corpo, tornam-se então um rico instrumento, pois trabalham diretamente com o subsistema *implicacional*, e criam a possibilidade de novos esquemas/filtros mais saudáveis serem organizados.

1.4.1 Ruminação Mental

O conceito de ruminação mental adotado neste trabalho segue a definição desenvolvida por Nolen-Hoeksema (1991) para indivíduos depressivos, e explorado pela teoria ICS. O termo “mental” foi acrescentado para clarear o entendimento e diferenciar do Transtorno de Ruminação Alimentar (TRA), como definido pelo DSM-5.

Fontenelle, Cordás e Sassi (2002) afirmam que os pensamentos repetitivos são tidos, geralmente, como pensamentos obsessivos, sendo categorizados como parte do comportamento obsessivo-compulsivo frequentemente encontrado em pacientes com AN ou mesmo BN. Nestes pacientes, os altos índices de ruminação mental são compreendidos como predispositores a elevados índices de ansiedade e/ou depressão. Esses mesmos autores citam que “os pacientes com TA são frequentemente atormentados por ruminações incessantes e intrusivas sobre comida e forma corporal [...]”.

No entanto, desde 1991, alguns autores defendem uma diferença conceitual entre pensamentos obsessivos e o **ato voluntário** de ficar pensando sobre um assunto. Este ato voluntário recebe o nome de **ruminação mental**.

Segundo Nolen-Hoeksema (1991), ruminação mental é uma forma de enfrentamento de sintomas depressivos em que a pessoa fica concentrada em compreender através de pensamentos, seus sentimentos negativos, sintomas, assim como as possíveis causas e significados destes. Pode ser definida também como um fluxo constante de pensamentos sobre uma mesma questão, sem se chegar a uma resposta ou compreensão satisfatória, causando humor disfórico. É uma característica do

indivíduo e como tal predispõe mais a recaídas de depressão aqueles que têm esse estilo cognitivo.

Em um artigo de 2010, Rawal, Park e Williams elaboraram uma definição de ruminação mental a partir da definição de Nolen-Hoeksema, como sendo um processo consciente de pensar a respeito de preocupações usuais, que ocorrem na ausência de demandas ambientais imediatas. Eles apontam ainda para a considerável evidência científica de que a ruminação mental está associada com um leque de resultados negativos em populações clínicas e não clínicas, relacionando-se com diversos transtornos psicológicos. Alguns exemplos são pensamentos e humor negativo persistentes, dificuldade de concentração, problemas para solucionar tarefas, ideação suicida e ainda outros (Nolen-Hoeksema, 2000; Miranda e Nolen-Hoeksema, 2007; Smith e Alloy, 2009).

Em um estudo de 2004, Watkins, da Universidade de Exeter na Inglaterra, observou como um grupo de indivíduos ($n = 69$) reagiria após uma experiência induzida de fracasso. Ele investigou a teoria já explorada em outro estudo (Watkins e Teasdale, 2004) sobre duas formas de prestar atenção em eventos: uma mais racional (*proposicional*) e outra mais experiencial (*implicacional*). Os resultados mostraram que indivíduos com uma característica (traço) mais ruminativa apresentaram aumento de humor negativo 12 horas após a vivência, quando comparados com indivíduos que permanecem mais ancorados na experiência do momento presente. Estes resultados dão suporte à teoria de que existem dois modos diferentes de prestar atenção em si mesmo: um autofoco mais conceitual, que é visto como mal-adaptativo (ruminativo), e outro mais experiencial, que seria adaptativo.

A ruminação mental é um construto ainda em definição, mas sua importância para o desenvolvimento de ansiedade e depressão já foi estabelecida. Um artigo publicado por Smith e Alloy, em 2009, faz uma revisão do que as autoras chamam de “um construto multifacetado”, apontando nove diferentes formas de compreender o que é a ruminação mental. É reconhecido que a definição de Nolen-Hoeksema é a que possui maior evidência científica e é a mais utilizada. Em 2003, num refinamento da teoria sobre ruminação mental, Treynor, Gonzales e Nolen-Hoeksema esclarecem a diferença de processos ruminativos com conteúdos negativos (chamados de “remoer” – *brooding*, em inglês) ou processos mais positivos, chamados de reflexão. Encontra-se também a

relação de ruminação mental com diversos construtos importantes dentro das terapias cognitivas, como pensamentos automáticos e preocupação, sendo compreendida como um construto diferenciado.

De forma geral, a ruminação mental é reconhecida como um processo lento, no qual há um ciclo repetitivo de pensamentos. Estes podem ter conteúdo negativo ou positivo, salientando uma valência relacionada ao estado emocional; ou refletir um estado motivacional, referindo-se a uma busca por **solucionar** problemas ou por **encontrar** problemas.

Smith e Alloy salientam ainda que a ruminação mental difere da obsessão no aspecto voluntário e consciente, sendo que a obsessão é definida como “ideias persistentes, pensamentos, impulsos ou imagens que são experienciados como intrusivos ou inapropriados e que causam marcada ansiedade e estresse, gerando comportamentos compensatórios”.

É importante salientar também aspectos metacognitivos relacionados à ruminação mental. Papageorgiou e Wells (2001) esclarecem que a metacognição se refere às crenças e avaliações que se tem sobre os próprios pensamentos, assim como a habilidade de monitorar e regular processos cognitivos. Os autores apontam então para as crenças a respeito do processo ruminativo – muitas vezes compreendido como uma estratégia de enfrentamento (*coping*, em inglês) – e do quanto isso predispõe o indivíduo a entrar num ciclo de pensamentos repetitivos voluntário. Seguindo esta linha de raciocínio, a ruminação mental estaria relacionada a comportamentos de esquiva experiencial, como proposto por Hayes e colegas (1996). Eles sugerem que o ato de evitar experiências é problemático porque priva o indivíduo de vivenciar experiências tidas como negativas mas, paradoxalmente, resultam em geral na piora da experiência. Aplicando essa perspectiva à ruminação mental, indivíduos podem engajar neste processo acreditando que isso aliviará emoções negativas, sem se dar conta que na verdade acontece o oposto. Alguns estudos apontados por Smith e Alloy dão suporte à ideia de que indivíduos com tendência a engajar em processos ruminativos apresentam diferentes comportamentos mal-adaptativos de esquiva experiencial (por exemplo, beber em excesso, evitar ir ao médico para confirmar diagnóstico e outros).

Ramel e colegas (2004) conduziram um estudo explorando os efeitos da mindfulness em processos de ruminação mental. Dois grupos de pessoas com história

prévia de episódios depressivos engajaram em um programa de MBSR e foram avaliados antes e depois do treinamento. Para o grupo que participou do protocolo com mindfulness, os resultados apontaram uma diminuição significativa para ruminação mental, medida pelo questionário de Estilo de Resposta Ruminativa desenvolvido por Nolen-Hoeksema (1991; $p < 0,005$).

1.4.1.1 Transtornos Alimentares e Ruminação Mental

No artigo já citado de 2010, Rawal, Park e Williams da Universidade de Oxford deram início a uma série de estudos investigando processos cognitivo-afetivos subliminares que ocorrem nos TA. Dois estudos foram conduzidos investigando níveis de ruminação mental, crenças a respeito da utilidade do processo de ruminação mental, graus de esquiva experiencial e pensamentos esquemáticos. No primeiro estudo, 177 estudantes foram examinadas e no segundo, 26 pacientes com AN em comparação com grupo controle de participantes saudáveis. A conclusão dos autores foi que a psicopatologia presente nos TA possui processos transdiagnósticos que contribuem para a manutenção de manifestações cognitivo-afetivas e somáticas comuns nessa população. Exemplos dessas manifestações são cognições específicas do transtorno, esquiva experiencial e processos ruminativos relacionados a ficar remoendo pensamentos relacionados ao TA.

Em 2011 e 2012, Park, Dunn e Barnard desenvolvem mais o conceito, apoiados na teoria da ICS, e propõem uma nova perspectiva teórica para compreender os mecanismos de sustentação e de recaída, mais especificamente relacionados com a AN. Os autores citam que os tratamentos para AN com maior índice de sucesso até agora (TCC e outros) geralmente focam nos fatores mantenedores, como cognições a respeito de questões alimentares e comportamentos associados, em vez de fatores que predisõem ou que dão início ao transtorno.

Levando em consideração o forte papel da relação corpo-mente na AN, Park e colegas propõem que as teorias existentes têm focado demais nas questões puramente cognitivas, com pouca compreensão das interações entre processos emocionais e corpo. Por outro lado, por mais preciso que seja o conhecimento dos conteúdos cognitivos presentes na AN, como preocupação excessiva com peso e imagem corporal, existe pouco entendimento dos **processos** que geram esses conteúdos.

A proposta da ICS voltada para a AN é descrever interações entre manifestações afetivas e somáticas de pacientes com este diagnóstico ajudando a dar embasamento teórico e compreender mais refinadamente como desenvolver abordagens que atuem nessa dimensão do transtorno.

Explorando mais essa ideia, Cowdrey e Park (2012) investigaram 228 mulheres saudáveis a respeito de ruminações mentais relacionadas a TA, aspectos da mindfulness e esquiva experiencial. Os resultados demonstraram que a dimensão de ruminação chamada de “remoer” sobre questões alimentares e forma corporal estava positivamente correlacionada com sintomas de TA, juntamente com sintomas ansiosos e depressivos. As autoras salientam que o processo de ruminação mental sobre alimentação, forma e peso corporal pode exacerbar sintomas de TA.

A figura a seguir foi criada para ilustrar a proposta de Park, Dunn e Barnard (2011) e propõe um mecanismo subliminar presente em indivíduos com AN, ajudando a compreender processos mentais até então não considerados por outras teorias. A hipótese é que dois modos bem distintos de processar informação competem entre si, causando uma oscilação que gera afetos negativos.

Figura 14. Nos TA geralmente há um conflito entre os dois modos de processar informação. De um lado, as sensações advindas do corpo e dos sentidos são aversivas, ancorada num esquema distorcido de percepção. De outro, os pensamentos e imagens mentais desconectados com a realidade concorrem para a formação de emoções angustiantes, criando todo o quadro de sofrimento observado nessa população. Terapias com foco puramente cognitivo podem trazer o reconhecimento teórico sobre o estado de magreza, sem no entanto alterar as percepções somáticas.

1.4.2 Meditação Loving-kindness

A técnica de meditação conhecida como *loving-kindness* faz parte de uma série de meditações que têm o objetivo de cultivar emoções positivas. Mas antes de falar das práticas, é importante fazer uma explanação sobre termos e traduções.

Na tradição budista, o termo que descreve o conceito de *loving-kindness* é *maitri* (ou *metta*, ambos em sânscrito). E da mesma forma que traduzir *sati* como *mindfulness* é uma redução, traduzir *metta/maitri* como *loving-kindness* também é uma grande redução conceitual (que será discutida adiante). Tendo isso em mente, quando traduzimos o termo *loving-kindness* para o português, mais ainda é perdido. A tradução adotada pelos meios budistas é “bondade amorosa”, que nitidamente é uma tradução literal do inglês. Em uma tentativa de neutralizar qualquer aspecto mais religioso a que o termo possa remeter, identifica-se que a palavra mais apropriada em português seria **amorosidade**, pois remete ao desenvolvimento da empatia – reconhecidamente importante no contexto de saúde mental. Ao longo do texto, amorosidade poderá ser usada como sinônimo de *loving-kindness*.

No budismo, a jornada de cultivar emoções positivas acontece em paralelo ao processo de tranquilizar a mente (que se apoia nas práticas que utilizam *mindfulness*). Em seu livro “*A revolução da atenção*”, Wallace (2006) descreve os estágios mentais até se alcançar *shamatha* e em cada capítulo também descreve práticas que trabalham o que é conhecido como “as quatro incomensuráveis”:

1. *loving-kindness* (amorosidade ou bondade amorosa);
2. compaixão;
3. alegria empática;
4. equanimidade.

Também se encontra uma discussão da importância destas quatro qualidades emocionais no artigo de Josho Phelan (2012), salientando aspectos de conexão com outros, assim como posturas de abertura para experiências.

O protocolo MBSR desenvolvido por Kabat-Zinn se apoia em práticas meditativas que desenvolvem tranquilidade e obtenção de *insight* sem, no entanto, trabalhar

explicitamente com técnicas de cultivo de emoções positivas. Os formuladores do protocolo sustentam que apenas cultivar uma postura de gentileza, não julgamento e abertura – juntamente com as práticas de mindfulness das emoções – é suficiente para trabalhar as emoções.

No entanto, é preciso dizer que são caminhos bem diferentes. Por um lado, mindfulness e *vipashyana* ajudam a cultivar uma mente tranquila e consciente de emoções. De outro lado, as práticas de amorosidade, compaixão, alegria empática e equanimidade têm a intenção de gerar sentimentos de empatia por si próprio e pelos outros. Reconhecendo a existência de uma lacuna nesta questão, o livro que detalha o protocolo MBCT lançado em 2001 foi reeditado com a adição de um capítulo sobre *loving-kindness* (Segal, Williams, Teasdale, 2012).

Buscando conhecer melhor as raízes tradicionais das práticas meditativas, encontra-se que, para alcançar uma mente tranquila, é preciso também ter um coração tranquilo. Inicialmente, esses dois caminhos podem ser feitos separadamente, mas em determinado ponto eles precisam ser reintegrados. E quando se tem a intenção de trabalhar com práticas meditativas em saúde mental, o cultivo de amorosidade, empatia e compaixão se tornam relevantes.

Compaixão pode ser definida como uma abertura ao sofrimento dos outros e está relacionada com sentimentos de gentileza, cuidado e acolhimento. Também faz parte do desenvolvimento da compaixão atributos como motivação para cuidar do outro, capacidade de ter simpatia pelo sofrimento alheio e tolerar sentimentos negativos.

Uma distinção tem sido feita entre compaixão por terceiros e autocompaixão. Apesar de na prática essa divisão ser muito difícil de acontecer realmente, estudos apontam que podem ser aspectos trabalhados em separado. Kristin Neff (2003) da Universidade do Texas é uma das pioneiras no desenvolvimento da teoria de compaixão em contextos de saúde mental. Ela considera que autocompaixão engloba três aspectos:

- 1) Autogentileza: ser gentil e compreensivo consigo mesmo em momentos de dor ou fracasso ao invés de duramente autocrítico.
- 2) Sensação de humanidade comum: perceber que a própria experiência faz parte da experiência de muitos seres humanos ao invés de sentir-se isolado em seu sofrimento.

- 3) Mindfulness: capacidade de reconhecer e sustentar de forma equilibrada sentimentos dolorosos ao invés de ter uma superidentificação com estes.

Nas palavras de Neff (2003):

Autocompaixão é uma atitude positiva em relação a si próprio que deve proteger contra consequências negativas do autojulgamento, isolamento e ruminação mental (como na depressão).^{ix}

Estudos apontam que desenvolver sentimentos de autocompaixão tem forte impacto em emoções negativas, promovendo emoções positivas, melhorando comportamentos sociais e também causando alterações neurológicas em sistemas cerebrais associados à regulação emocional: córtex orbitofrontal, córtex parietal inferior, ínsula e outros (Lutz *et al.*, 2008; Klimecki *et al.*, 2012; Weng *et al.*, 2013).

Em um estudo de 2007, Neff e Vonk compararam sentimentos de autocompaixão e autoestima em 2 300 indivíduos. Os resultados mostraram que autocompaixão acompanha sentimentos mais estáveis de autovalorização do que autoestima e é menos dependente do resultado de ações (se as coisas dão certo ou não). Também encontraram correlações positivas entre autoestima e narcisismo. Em termos de funcionamento psicológico saudável, desenvolver compaixão se mostrou preferível à autoestima.

Reconhecendo a importância de cultivar emoções positivas, o psicólogo inglês Paul Gilbert desenvolveu uma terapia baseada na compaixão. Em sua abordagem, ele salienta não apenas aspectos da evolução humana – como a necessidade de criar vínculos – como também bases neurológicas para o desenvolvimento da compaixão.

Em um artigo publicado em 2009, Gilbert descreve como uma terapia baseada no cultivo de amorosidade e compaixão pode trazer enormes benefícios para indivíduos com alto grau de rigidez, autocrítica, autocontrole e insegurança. O trabalho de Gilbert se baseia em três sistemas neurológicos de regulação do afeto.

- **Sistema de proteção a ameaças:** todos os seres vivos evoluíram seus sistemas de detectar ameaças em busca de maior proteção (sistema de resposta ao estresse, já citado anteriormente). Muitas estratégias de defesa incluem emoções como ansiedade, raiva, desgosto, entre outras; estratégias comportamentais

como fugir/lutar, congelar, submeter-se, entre outras; e vieses cognitivos como “melhor seguro do que arrependido”, “tirar conclusões precipitadas”, entre outros.

- **Sistema de motivação:** direciona para recursos importantes, sendo fonte de antecipação e prazer. Baseia-se em desenvolver desejos e alguns objetivos materiais ou que aumentam a autoestima. Costuma ser um sistema muito trabalhado na Psicologia Ocidental e em culturas materialistas.
- **Sistema de contentamento:** quando não se sente ameaçado ou não se está em busca de algo, sente-se satisfeito. Essa satisfação está associada a uma calma e a sentimentos positivos de bem-estar, indo além da mera ausência de ameaças. Este sistema funciona como um mediador entre os sistemas de proteção e motivação.

A Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy* – CFT) se apoia no fortalecimento do sistema de contentamento, com o equilíbrio saudável entre os três sistemas. Gilbert sustenta que alta ativação dos sistemas de proteção e motivação são um problema comum em indivíduos com altos índices de vergonha e autojulgamento. Ele chama a atenção para a existência de diálogos internos, onde o discurso tem conteúdos similares ao *bullying* sofrido por terceiros. Essa voz interna extremamente julgadora e exigente que acompanha indivíduos com transtornos mentais (não apenas estes) pode ser trabalhada pela terapia baseada na compaixão.

O trabalho de desenvolver emoções positivas em pacientes psiquiátricos deve ser feito com muito cuidado. Gilbert salienta que muitos indivíduos podem ter crenças distorcidas sobre compaixão, baseadas em vivências pessoais. Por exemplo, alguém que nunca foi tratado com compaixão por outros (como os pais ou cuidadores) pode desenvolver o que é chamado de **medo da compaixão**. Esse medo surge da experiência de ter sido maltratado por aqueles que supostamente deveriam cuidar da pessoa. Ou ainda de experiências em que a demonstração de afetos positivos foi criticada ou disparou atos de raiva e agressão de outros. Dessa forma, ao cultivar sentimentos positivos, o indivíduo pode se tornar mais consciente de que ele *não* teve experiências de compaixão em sua vida e do quanto sente falta disso. Por isso, em populações cuja

história de vida é sabidamente difícil ou até traumática, ao trabalhar com o cultivo de emoções positivas e compaixão, essas questões devem ser levadas em consideração.

A forma budista de trabalhar com práticas de compaixão começa tradicionalmente com o foco na própria pessoa (Wallace, 2006). A justificativa é que não se pode amar ao próximo sem antes amar a si próprio. Em teoria, isso faz muito sentido. Porém, a cultura ocidental, com seu histórico judaico-cristão, parece desafiar essa teoria. O que se vê é um grande esforço para amar ao próximo cultivado por essas tradições religiosas, muitas vezes em detrimento do próprio bem-estar. Sentimentos de culpa e inadequação são comuns, apesar de a intenção primária não ser essa. O resultado dessa força cultural é o que geralmente se encontra na população: pessoas com variados problemas de autoestima.

Essa questão inclusive gerou uma discussão que ficou famosa nos meios contemplativos e ocorreu em um dos encontros do *Mind and Life Institute*, evento bienal organizado para reunir acadêmicos com a comunidade budista, moderado pelo próprio Dalai Lama. Em depoimento ouvido pela autora da presente pesquisa, o (na época) tradutor Alan Wallace relatou que S.S. o Dalai Lama levou mais de uma hora para entender o conceito de baixa autoestima – ele simplesmente não concebia que alguém pudesse não se aprovar/gostar.

O monge tibetano Chogyam Trungpa veio para o ocidente no início dos anos 1960 e iniciou estudos em Religião Comparada na Universidade de Oxford, Inglaterra. Rapidamente Trungpa reconheceu o problema da autoestima ocidental e, em seus ensinamentos, fez uma adaptação do modelo tradicional ensinado no budismo. Este se baseia em iniciar o treinamento em compaixão começando, por exemplo, a estimular uma reflexão sobre “o que me faria feliz”, imaginar que isso está acontecendo e cultivar o bem-estar advindo desses pensamentos/sentimentos. Outra forma também tradicional é a que se utiliza da autoimagem mental para gerar sentimentos positivos. Após essa etapa de cultivar emoções positivas por si próprio, inicia-se então um processo que trabalha com terceiros.

A adaptação feita por Trungpa diz respeito apenas à ordem com que os objetos da prática são trabalhados. Em vez de iniciar com a própria imagem, a sugestão é iniciar imaginando alguma pessoa amiga, reconhecer os sentimentos de bem-querer e amorosidade que esta pessoa inspira e sustentar essas emoções positivas. Em uma

sequência que segue esse raciocínio, pessoas com diferentes graus de valência emocional, inclusive si próprio, são trabalhadas da mesma forma, passando por pessoas neutras e pessoas desagradáveis. Apenas em quarto lugar a autoimagem é trabalhada, após toda uma preparação adequada para isso.

Dessa forma, a versão adaptada completa de Trungpa para *loving-kindness* segue a seguinte sequência de objetos:

1. Amigo: uma pessoa querida, por quem se tem sentimentos de bem-querer livre de conflitos.
2. Neutro: uma pessoa pouco conhecida, por quem não há valência emocional polarizada em negativo ou positivo.
3. Inimigo: uma pessoa com que se tem alguma dificuldade de relacionamento. Inicialmente, é recomendado trabalhar com alguém por quem o sentimento de mal-estar não é grande.
4. Si próprio: imaginar-se e cultivar sentimentos de bem-estar, de se ver feliz, em paz, tranquilo e outras emoções positivas.
5. Todos os seres: imaginar que todos os seres querem a felicidade e cultivar o desejo de que todos possam ficar bem, ter paz e tranquilidade.

O conceito de *maitri/metta* que fundamenta as práticas de cultivar emoções positivas é amplo e engloba desde identificar em si próprio pontos vulneráveis até reconhecer a dor do outro e se dispor a diminuir o sofrimento de todos os seres. Através do processo de permitir que emoções sejam vivenciadas independentemente de sua valência positiva ou negativa, as práticas que se iniciam com amorosidade ensinam que é possível sentir emoções intensas sem se perder nelas. Da mesma forma que práticas de *mindfulness* ensinam a reconhecer pensamentos como eventos passageiros e a desenvolver uma postura de observador, as práticas de amorosidade ensinam que “nós não somos nossas emoções – somos seres que sentem”.

Em vista do sofrimento emocional de pacientes com TA, trabalhar a dimensão emocional se torna imperativo e adaptar as técnicas de *loving-kindness* às necessidades desses pacientes é de grande valor.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A meditação é uma prática que tem recebido crescente atenção de pesquisadores de diversas áreas de saúde. Dentro da área de Psiquiatria, a meditação tem sido estudada como terapia complementar para diversos transtornos, sendo os mais pesquisados os transtornos de ansiedade, a depressão e a dependência química. As pesquisas continuam crescendo e ensaios clínicos de qualidade podem ser encontrados sobre diversas patologias – de câncer a transtornos alimentares (Kristeller e Hallett; 1999; Arias *et al.*, 2006; Rubia, 2009; Mars e Abbey, 2010).

Kabat-Zinn (1994) diz:

Até recentemente, apenas a menção da palavra meditação evocava sobrelhas erguidas e pensamentos sobre misticismo e mágicas em muitas pessoas. Em parte, isso acontecia porque as pessoas não entendiam que meditação se trata realmente de prestar atenção.^x

Diversos estudos apontam os benefícios da meditação mindfulness na diminuição de sintomas ansiosos, depressivos, ruminação mental, assim como melhor enfrentamento de situações adversas, promoção de estados emocionais mais equilibrados e mudanças cognitivas que auxiliam na solução de problemas de forma mais conciliadora (Kabat-Zinn *et al.*, 1992; Ramel *et al.*, 2004; Jain *et al.*, 2007; Arias *et al.*, 2006; Rubia, 2009; Mars e Abbey, 2010). Porém, os estudos que utilizam a meditação como intervenção terapêutica em pacientes internados com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa são escassos e carecem de maior exploração científica.

O treinamento em meditação mindfulness tem se mostrado eficiente como ferramenta para aumentar a capacidade de atenção e concentração do indivíduo no momento presente. Esta técnica aumenta também a capacidade de auto-observação e autorregulação, sem julgamentos e críticas destrutivas, e ajuda a lidar com diversos tipos de patologias, tanto físicas quanto psiquiátricas (Fortney e Taylor, 2010; Rubia, 2009; Mars e Abbey, 2010).

Analisando os estudos sobre o uso de meditação em saúde, percebe-se que o interesse por essa abordagem começou em meados da década de 1960, quando muitos ocidentais foram aos países asiáticos em busca de novas filosofias. Dessa época, encontra-se um grande número de pesquisas utilizando a técnica de meditação conhecida como Meditação Transcendental (MT). A MT utiliza técnicas fáceis de introspecção – como cantar mantras, ouvir músicas específicas ou observar um objeto – para criar um estado de vazio mental, e a estruturação dessa técnica pode ser atribuída ao iogue indiano Maharishi Patanjali (Hankey, 2006; Reavley e Pallant, 2009). Os estudos que utilizam a técnica da MT geralmente têm como foco alterações fisiológicas, como diminuição da pressão arterial, melhora do sistema imunológico, diminuição dos níveis de colesterol e cortisona, por exemplo (Hankey, 2006; Dakwar e Levin, 2009).

No entanto, o crescente interesse de ocidentais por filosofias orientais trouxe também o interesse sobre outras técnicas meditativas vastamente exploradas e detalhadas pelos textos budistas.

No início da década de 1980, o americano Jon Kabat-Zinn, da Universidade de Massachusetts, desenvolveu um programa de oito semanas para tratar de pacientes com dores crônicas que já não respondiam mais aos tratamentos. Ele desenvolveu seu programa baseado nas técnicas de meditação conhecidas como *mindfulness* e *vipashyana*, que se introduzem nas técnicas meditativas iniciais de todas as tradições budistas (Kabat-Zinn, 1987).

Desde então, a técnica de meditação *mindfulness* tem sido secularizada e adaptada para diferentes populações, tanto para promover o bem-estar quanto para complementar tratamento médicos (Mars e Abbey, 2010).

Alguns trabalhos mostram adaptações de programas usando *mindfulness* para tratar pacientes com Transtornos Alimentares. Os nomes mais conhecidos são das americanas Jean Kristeller, da Universidade de Indiana nos EUA, e Ruth Baer, da Universidade do Kentucky.

Segundo Framson *apud* Albers (2010), “Mindfulness, quando aplicada na alimentação, foi definida como ‘uma percepção sem julgamentos das sensações físicas e emocionais associadas ao comer’”^{xi}.

Uma das possibilidades para a ingestão alimentar desequilibrada em pacientes com AN ou BN é a distorção da percepção corporal e deficiência de atenção aos sinais corporais de fome e/ou saciedade.

A prática de mindfulness ajuda os pacientes a terem maior capacidade de atenção e percepção, acarretando em melhor autorregulação em diversas áreas do funcionamento: físico, emocional, comportamental, relação com o outro e consigo mesmo. Assim, as necessidades corporais, como por exemplo, a fome, são mais rapidamente percebidas e atendidas, contribuindo para a melhora do quadro clínico (Albers, 2010; Kristeller, 2011).

Pacientes psiquiátricos com AN e BN têm como parte de seu diagnóstico a distorção/negação da imagem corporal, a deficiência da percepção ou interpretação de estímulos corporais e um quadro de pensamentos obsessivos principalmente relacionados ao peso corporal, geralmente acompanhado de grande ansiedade (Claudino e Borges, 2002; Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Assim, acredita-se que o treinamento em meditação mindfulness ajude a melhorar comorbidades comuns nessa população, como Ansiedade e Depressão, que geralmente contribuem para um pior prognóstico. Por trabalhar uma atitude de não julgamento, aceitação e maior percepção interna e externa, o treinamento em mindfulness ajuda também o indivíduo a desenvolver uma percepção corporal mais realista, trabalhando a distorção da imagem corporal, que é um dos sintomas diagnósticos dos TA (Kristeller e Hallet, 1999; Baer, 2003; Alves *et al.*, 2008).

Em vista dos diversos benefícios relatados nas pesquisas citadas sobre os efeitos da meditação, este estudo visa explorar os possíveis efeitos terapêuticos em pacientes internados com AN e BN e subtipos. Esses grupos de pacientes compartilham de características comportamentais e psicológicas que podem sofrer influência positiva da prática meditativa, diminuindo os níveis de ansiedade, depressão e ruminação mental, auxiliando o tratamento convencional e eventualmente diminuindo o tempo de internação, com uma recuperação de peso mais consistente.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar se uma intervenção usando meditação mindfulness traria benefícios terapêuticos como recurso adjunto ao tratamento usual para pacientes psiquiátricos com Transtornos Alimentares, internados na Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Objetivos primários

1. Identificar se a prática de meditação mindfulness diminui sintomas ansiosos e/ou depressivos em pacientes internados com Transtornos Alimentares.
2. Identificar se a prática de meditação mindfulness diminui a ruminação mental em pacientes internados com Transtornos Alimentares.

Objetivos secundários

1. Identificar se a prática de meditação mindfulness ajuda o paciente internado com Transtorno Alimentar a ter uma percepção corporal mais realista.
2. Avaliar se a prática de meditação mindfulness aumenta a capacidade de atenção em pacientes internados com Transtornos Alimentares.
3. Avaliar se a prática de meditação mindfulness diminui o tempo de internação e recaídas em pacientes internados com Transtornos Alimentares.
4. Avaliar se a prática de meditação mindfulness auxilia o processo de aumento do índice de massa corporal e o ganho de peso.

3.2 Hipóteses

Hipóteses do objetivo primário 1:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão uma redução de sintomas ansiosos e depressivos maior do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão uma redução de sintomas ansiosos e depressivos maior do que aqueles tratados pelo programa habitual.

Hipóteses do objetivo primário 2:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão uma redução nas medidas de ruminação mental maior do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão uma redução nas medidas de ruminação mental maior do que aqueles tratados pelo programa habitual.

Hipóteses do objetivo secundário 1:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão um aumento maior na medida de percepção corporal do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão um aumento maior na medida de percepção corporal do que aqueles tratados pelo programa habitual.

Hipóteses do objetivo secundário 2:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão um aumento maior na medida de capacidade de atenção do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão um aumento maior na medida e capacidade de atenção do que aqueles tratados pelo programa habitual.

Hipóteses do objetivo secundário 3:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão diminuição no tempo de internação e diminuição de recaídas do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão diminuição no tempo de internação e diminuição de recaídas do que aqueles tratados pelo programa habitual.

Hipóteses do objetivo secundário 4:

H_1 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness apresentarão um aumento maior no índice de massa corporal e no ganho de peso do que aqueles tratados pelo programa habitual.

H_0 = Os pacientes tratados com meditação mindfulness não apresentarão um aumento maior no índice de massa corporal e no ganho de peso do que aqueles tratados pelo programa habitual.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ENSAIO CLÍNICO

Este é um ensaio clínico, com intervenção não farmacológica, randomização natural por grupos consecutivos, realizada em pacientes psiquiátricos diagnosticados com Transtornos Alimentares e internados na Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP que concordaram por escrito em participar de meditação em grupo durante o período de internação.

A pesquisa foi realizada em três etapas:

- **Piloto**: realizada de julho a novembro de 2012.
Teste: de escalas, exercícios, aceitação dos pacientes, tempo de intervenção.
- **Controle**: realizada de fevereiro a novembro de 2013.
Aplicação de escalas pré e pós (no início da internação e após oito semanas ou na data da alta, se esta ocorrer antes das oito semanas).
- **Intervenção**: realizada de abril a novembro de 2014.
Aplicação de escalas pré (no início da internação), participação em grupo de meditação por oito ou mais sessões, aplicação de escalas pós (após oito semanas ou na data da alta, se esta ocorrer antes das oito semanas).

Este formato foi escolhido para evitar a contaminação entre os pacientes e os profissionais da enfermaria, caso fossem criados dois grupos paralelos durante a internação. Por serem grupos sequenciais, não houve necessidade de o procedimento ser cego e a aleatoriedade foi garantida de forma natural (sequência de internação).

A homogeneidade do grupo foi garantida pelos critérios médicos de internação da Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL).

Foram analisados sintomas ansiosos, depressivos, índices de ruminação mental sobre alimentação, atitudes em relação a alimentação, imagem corporal, nível de atenção, flexibilidade cognitiva e índice de massa corporal.

Durante todo o programa, os pacientes internados receberam o tratamento usual oferecido pela equipe multidisciplinar da ECAL. A pesquisa teve a intenção de comparar os efeitos do grupo de meditação como tratamento adjunto ao usual. Sendo assim, o controle foi feito pela análise do método de tratamento convencional (*treatment as usual*, em inglês – TAU).

Esta intervenção não apresentou riscos aos pacientes.

4.2 PARTICIPANTES

4.2.1 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no ensaio clínico pacientes maiores de 18 anos que estavam internados na Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, diagnosticados com Transtorno Alimentar.

Dentre os pacientes internados, a equipe médica responsável foi a fonte de informações e avaliação da gravidade do TA, e forneceu os dados para os critérios de elegibilidade ou exclusão do programa.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes que não tinham sido diagnosticados com Transtorno Alimentar e pacientes menores de 18 anos.

4.2.3 Critérios de desligamento

Os pacientes foram considerados como participantes do programa ao fazerem, pelo menos, cinco sessões de meditação em grupo. Ou seja, o paciente que participou de menos de cinco sessões por escolha própria foi considerado como desistente do programa (*dropout*).

4.3 LOCAL

Enfermaria de Comportamentos Alimentares (ECAL) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

4.4 INTERVENÇÕES

4.4.1 Grupo Piloto

O grupo piloto aconteceu de julho de 2012 a novembro de 2012, num total de quatro meses. Antes desta data, duas pacientes foram atendidas individualmente por dois meses para investigar reações particulares aos exercícios propostos, ajudando a delinear quais exercícios seriam mais adequados, a linguagem dos comandos e a duração da prática. Esta experiência ajudou a delinear a estrutura das sessões em três exercícios curtos (de seis a oito minutos cada).

Participaram do grupo piloto um total de 17 pacientes, sendo que 10 preencheram questionários pré e pós que foram analisados estatisticamente. A razão para que apenas 10 pacientes tenham preenchido os questionários foi devida à preparação e estruturação dos mesmos. No entanto, esses pacientes foram analisados em termos de aceitação da atividade e dos exercícios propostos.

Os grupos aconteceram às terças-feiras, no horário pós-almoço (das 13 h às 14 h), uma vez por semana. Pela própria proposta do grupo piloto, os exercícios eram variados a cada encontro, sendo que apenas a estrutura de cada sessão se manteve a mesma: três exercícios de curta duração (de seis a oito minutos) com música ao fundo para auxiliar a concentração:

1º exercício: mindfulness utilizando leves movimentos corporais, estimulando o foco em percepções táteis.

2º exercício: mindfulness com objeto externo (exercícios que exploram os mecanismos da mindfulness de forma mais lúdica) e mindfulness utilizando imaginação ativa.

3º exercício: mindfulness da respiração (várias formas de focar na respiração) e meditação *loving-kindness*.

A escolha de usar música *new age* de fundo durante as sessões foi baseada em: 1) condição estressada dos pacientes e reconhecido efeito calmante que a música provoca (Pelletier, 2004); 2) dificuldade de silêncio encontrada na dinâmica da

enfermaria e o fato de a música auxiliar no abafamento de ruídos externos; 3) dificuldade de concentração dos pacientes e o quanto uma música de fundo pode facilitar esse processo (Chebat *et al.*, 2001).

Durante os encontros, os pacientes desenhavam e escreviam declarações após cada exercício proposto. Esse material auxiliou o delineamento dos exercícios mais úteis e que apresentaram maior envolvimento. Nenhuma análise qualitativa foi feita nesse material.

4.4.1.1 Sobre os exercícios

Na elaboração e escolha dos exercícios a serem propostos no programa, uma série de fatores foram levados em consideração. Esses fatores se dividiram em duas perspectivas: 1) o tipo de transtorno a ser trabalhado, e 2) quais mecanismos da mindfulness devem ser mais estimulados.

Endereçando a primeira questão – pacientes internados com TA –, foi importante reconhecer que os pacientes se encontram em um momento de muito estresse emocional (estar internado) e muitos estão em sério risco de vida (por isso a necessidade de internação). Como já foi visto, é comum a presença de comorbidades, agravando o quadro clínico. Didonna (2009) aponta que o uso de terapias baseadas em mindfulness tem boa aceitação entre pacientes em fases agudas da psicopatologia, além de servir como auxílio para outros tratamentos.

Por outro lado, o fato de os pacientes estarem em uma situação que facilmente gera desconforto emocional (ansiedade, confrontação e raiva, entre outros), a prática de mindfulness e a aplicação das estratégias de mindfulness pode ser uma ferramenta de fácil aceitação, desde que trabalhada adequadamente. A possibilidade de compartilhar um *sofrimento humano comum a todos* é um dos mecanismos terapêuticos salientes na abordagem e possibilita a visão das questões pessoais sob a nova perspectiva proposta.

Sendo assim, a estratégia do programa foi propor uma atividade que não tratasse diretamente da questão alimentar, que já é trabalhada por outros profissionais durante a internação¹¹, mas que abordasse de forma eficiente e acolhedora os principais aspectos

¹¹ Psiquiatra, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Familiar, Psicoterapia Individual, e outras.

emocionais e comportamentais do transtorno (altos níveis de ansiedade, depressão, ruminação mental, rigidez psicológica e baixa autoestima, entre outros já citados).

Estudos mostram que pacientes com AN e BN têm grande dificuldade de aderir a programas de tratamento e o índice de abandono é alto, mesmo na terapia cognitivo-comportamental – tida como padrão-ouro para TA. Por essa razão, os exercícios idealizados para o programa levaram em conta essa dificuldade de adesão, que pode chegar a 70% em pacientes com AN (Dejong, Broadbent e Schmidt, 2012; Fassino *et al.*, 2009).

Algumas abordagens terapêuticas que utilizam mindfulness adotam exercícios que misturam a prática de meditação pura com técnicas de exposição. Na abordagem proposta pela Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT; Hayes, 2006), isso é feito de forma que a pessoa gere imagens mentais de cenas expositivas ao mesmo tempo em que observa quais reações corporais, emocionais ou psíquicas se apresentam. O trabalho terapêutico foca então nestas reações à exposição mental (Sandoz, Wilson e DuFrene, 2010). Kristeller e colegas (1999; 2011) desenvolveram o programa *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT) que também utiliza técnicas misturadas com a técnica de exposição, focando pacientes com Compulsão Alimentar.

Sendo mais fiel às raízes da prática de mindfulness, o programa proposto adotou uma postura mais focada na prática meditativa em si, apoiando-se grandemente nos mecanismos da mindfulness e em seu construto teórico tradicional, e já descrito anteriormente.

Os exercícios testados, com pequenas variações em cada dia foram:

- Mindfulness das mãos
- Mindfulness da respiração
- Mindfulness da postura
- Mindfulness do movimento da cabeça
- Mindfulness das reações ao pintar cores
- *Loving-kindness* focando na pergunta “O que me faria feliz?”
- *Loving-kindness* com quatro objetos (amigo, neutro, si próprio e todos os seres)
- *Loving-kindness* adaptada aos ocidentais
- Mindfulness da imaginação de ambientes na natureza

- Mindfulness dos sons
- Mindfulness focando o olhar em objeto externo
- Mindfulness das mãos enquanto manuseia pedrinha
- Mindfulness dos efeitos de palavras inspiradoras
- Mindfulness do movimento dos braços na postura em pé
- Mindfulness dos pés na postura em pé
- Mindfulness dos pés na postura sentada

4.4.2 Grupo Controle

O controle foi feito com o tratamento usual (TAU). Durante o período de fevereiro a novembro de 2013 (nove meses), anterior à intervenção, alcançando uma amostra de 14 indivíduos.

Dentre os tratamentos baseados em evidências oferecidos na rotina da enfermaria, estão avaliação nutricional, psicoterapia familiar, psicoterapia individual, terapia ocupacional e atendimentos médicos específicos dependendo da necessidade de cada paciente.

Como tratamentos adjuntos encontram-se grupos de eutonia, de imagem corporal e habilidades sociais.

A dosagem desses atendimentos é bastante variada entre os pacientes e registros seguros do número de atendimentos que cada paciente recebeu nessas modalidades não puderam ser encontrados. Há documentação de alguns atendimentos, mas não foi possível saber quantos atendimentos foram oferecidos e recusados, por exemplo. Por isso, essas variáveis não foram consideradas na análise final do projeto e a implicação disto será mais discutida na sessão final.

De forma geral, considerou-se que esses atendimentos fazem parte do tratamento usual oferecido pela enfermaria.

4.4.3 Grupo Intervenção

O grupo intervenção ocorreu de abril a novembro de 2014. O desenho da intervenção foi pensado em cima da rotina observada na enfermaria ECAL. O tempo médio de internação é de oito semanas, sendo que este tempo pode ser maior em casos mais graves ou menor, dependendo da condição do paciente ou de seu comportamento na enfermaria. Alta a pedido e alta administrativa são comuns entre essa população. Os pacientes chegam com altos índices de estresse, por causa da internação na maioria das vezes ser involuntária em algum grau. Devido a isso, os pacientes foram avaliados inicialmente entre a primeira e segunda semana de internação, e então foram acolhidos no grupo. A avaliação final foi feita após o término de 16 encontros, quando o paciente termina todo o processo proposto pelo programa, podendo continuar no grupo pelo tempo que ficasse internado na enfermaria.

Tanto o controle como a intervenção ocorreram continuamente pelos meses necessários para se alcançar uma amostra razoavelmente significativa para a pesquisa, sendo que cada paciente foi acompanhado individualmente. A intervenção foi realizada em formato de grupo aberto, com dois encontros por semana, com uma hora de duração cada, em média. O programa completo possui 16 sessões consecutivas, que ocupam um período de oito semanas (dois meses), sendo que o protocolo foi elaborado com oito sessões que são vivenciadas duas vezes cada.

Durante cada encontro, os primeiros 10 minutos foram dedicados a explicar a proposta do dia; em seguida, foram realizadas três práticas específicas de mindfulness elaboradas e adaptadas para este projeto; ao final de cada exercício, foi feita a troca de experiências entre os participantes e a terapeuta ofereceu uma visão das experiências pela perspectiva da teoria de mindfulness. Papel sulfite A4, caneta esferográfica e giz pastel estavam sempre disponíveis para os pacientes expressarem suas vivências em forma de palavras ou imagens.¹²

Os exercícios tinham uma estrutura em comum, como se segue:

¹² Este material foi recolhido, mas não entrou na análise deste projeto.

- Fechar os olhos e trazer a atenção para as sensações táteis que podem ser percebidas (postura corporal, contato com o assento/cadeira, contato entre partes do corpo, etc.).
- Levar o foco de atenção para o objeto proposto no exercício e manter a percepção de quando a mente se distrai. Ao perceber a distração, trazer a mente de volta ao objeto de prática, sem julgamentos, sem se deixar levar pelos pensamentos.
- Reconhecer as alterações promovidas pela prática, sejam agradáveis ou não, finalizando lentamente com algumas respirações mais profundas.

Todas as práticas foram orientadas verbalmente durante todo o tempo de duração (de seis a oito minutos), com intervalos variados de silêncio, utilizando música para auxiliar a prática. A seguir, um quadro com o esquema de cada sessão e, na sequência, uma explicação mais detalhada dos exercícios:

Quadro 4 – Sequência de exercícios aplicados em cada sessão

	Primeiro exercício	Segundo exercício	Terceiro exercício
S1	Mindfulness das mãos	Mindfulness com pedrinha	Mindfulness da respiração
S2	Mindfulness trocando posturas	Mindfulness sobre a gentileza	Mindfulness da respiração com foco no silêncio interior
S3	Mindfulness dos braços se movendo	Mindfulness das mãos manuseando massinha de modelar	Mindfulness da respiração com foco na sensação de dignidade
S4	Mindfulness das mãos e de pedrinha imaginária	Mindfulness de um ambiente imaginário na natureza que recupere a saúde	Mindfulness da respiração com <i>loving-kindness</i> curta ao final
S5	Mindfulness dos movimentos laterais da cabeça	Mindfulness utilizando cartas inspiradoras	Mindfulness da respiração com foco na paz
S6	Mindfulness das mãos utilizando creme	Mindfulness dos três movimentos das emoções	Mindfulness da respiração e do sorriso
S7	Mindfulness da respiração percebendo emoções	Mindfulness de um ambiente na natureza que traga o silêncio	<i>Loving-kindness</i> com quatro objetos
S8	Mindfulness dos pés	Mindfulness das emoções com grafismo	<i>Loving-kindness</i> com quatro objetos e grafismo ao final

Sessão 1

Mindfulness das mãos: o paciente foi convidado a levar a atenção para as sensações táteis das mãos e perceber quando a mente se distrai, trazendo-a de volta para as sensações táteis nas mãos.

Mindfulness com pedrinha: cada paciente recebeu uma pequena pedrinha, de tamanho equivalente a uma uva-passa. Com os olhos fechados, a atenção foi levada para o manuseio da pedrinha nas mãos, explorando as sensações táteis que o movimento e o contato provocam.

Mindfulness da respiração: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas e permaneceu ali pelo tempo proposto.

Sessão 2

Mindfulness trocando posturas: colocando-se na postura em pé e com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação de se estar em pé com os olhos fechados.

Mindfulness sobre a gentileza: após uma conversa sobre o que é gentileza, um desenho foi feito em papel sulfite A4 utilizando giz pastel, representando o que era gentileza para o paciente. Durante o feitura do grafismo, comandos de manter a atenção ao manuseio das cores, das emoções e pensamentos foram proferidos.

Mindfulness da respiração com foco no silêncio interior: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas e, ao final, comandos orientando a busca de um silêncio interior foram proferidos.

Sessão 3

Mindfulness dos braços se movendo: na postura em pé, com os olhos fechados, os pacientes foram orientados a prestar atenção ao movimento de abrir e fechar os braços em frente ao corpo.

Mindfulness das mãos manuseando massinha de modelar: cada paciente recebeu uma cor de massa de modelar e, com os olhos fechados, foi convidado a explorar as sensações táteis nas mãos.

Mindfulness da respiração com foco na sensação de dignidade: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas e, ao final, comandos orientando a busca de uma sensação de dignidade foram proferidos.

Sessão 4

Mindfulness das mãos e de pedrinha imaginária: o paciente foi convidado a levar a atenção para as sensações táteis das mãos e, depois de algum tempo, foi sugerido que cada um imaginasse uma pequena pedrinha nas mãos e explorasse as sensações táteis dessa imaginação.

Mindfulness imaginando um ambiente na natureza que recupere a saúde: os pacientes foram convidados a fechar os olhos e imaginar um ambiente na natureza. Depois de explorar um pouco esse ambiente imaginário, foi sugerido visualizar um ambiente dentro desse cenário que promovesse a recuperação da saúde, imaginando-se nesse local e sendo curado.

Mindfulness da respiração com *loving-kindness* curta ao final (dois objetos): com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas. Ao final, foi trazida a imagem de uma pessoa querida, cultivando o sentimento de bem-querer. Num segundo momento, todos foram convidados a cultivar sentimentos de autoestima utilizando a repetição mental de frases como “que eu também fique bem”; “que eu também tenha paz”.

Sessão 5

Mindfulness dos movimentos laterais da cabeça: na postura sentado, os pacientes foram orientados a mover lentamente a cabeça para a direita e para a esquerda, com olhos fechados, focando nas sensações táteis que pudessem ser percebidas.

Mindfulness utilizando cartas inspiradoras: cada paciente retirou de um saquinho uma pequena carta contendo uma palavra inspiradora como “compaixão”, “aventura”,

“alegria”, honestidade”, “respeito”, e outras. Em seguida, com olhos fechados, a imagem da palavra foi trazida à mente, repetindo-a mentalmente e observando que pensamentos ou emoções surgiam. Ao final, o feitiço de um grafismo em papel sulfite utilizando giz pastel foi incentivado.

Mindfulness da respiração com foco na paz: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas. Ao final, as palavras “paz” e “tranquilidade” foram repetidas mentalmente, observando-se as emoções e sensações que acompanhavam tais palavras.

Sessão 6

Mindfulness das mãos com creme: cada paciente recebeu uma pequena quantidade de creme para as mãos. Com olhos fechados, todos foram convidados a espalhar o creme nas mãos, explorando as sensações táteis dos movimentos e da textura do creme nas mãos.

Mindfulness dos três movimentos das emoções: em uma folha de papel sulfite A4, o paciente foi convidado a desenhar com giz pastel uma primeira bola escolhendo uma cor de que goste. Num segundo momento, foi pedido que escolhesse uma cor de que não goste e desenhasse uma segunda bola. Ao final, uma terceira bola devia ser desenhada, escolhendo uma cor neutra.

Mindfulness da respiração e do sorriso: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas. Ao final, foi pedido que cada paciente esboçasse um leve sorriso nos lábios e explorasse as sensações táteis desse movimento, assim como outras possíveis sensações.

Sessão 7

Mindfulness da respiração percebendo emoções: com os olhos fechados, a atenção foi levada para a sensação do ar passando pelas narinas. Num segundo momento, os pacientes são convidados a perceberem que emoções estão presentes, sem julgamentos.

Mindfulness de um ambiente na natureza que traga o silêncio: de olhos fechados, todos foram conduzidos a imaginar um ambiente na natureza que promovesse a

sensação de silêncio. Ao final, um grafismo foi feito em papel sulfite A4 com giz pastel, representando o ambiente imaginado.

Loving-kindness (com quatro objetos): a sequência de comandos desta técnica foi proferida com os olhos fechados, trabalhando apenas quatro objetos (amigo, neutro, si próprio e todos os seres), e os sentimentos de bem-querer e empatia cultivados.

Sessão 8

Mindfulness dos pés: na postura em pé e com os olhos fechados, os pacientes foram orientados a levar a atenção aos pés e explorar as percepções táteis que pudessem ser reconhecidas.

Mindfulness das emoções com grafismo: no início, com os olhos fechados, os pacientes foram orientados a entrar em contato com a emoção que estava presente no momento e associar cor e forma a ela. Em sequência, foi feito um grafismo inspirado nas imagens mentais que surgiram.

Loving-kindness (com quatro objetos): a sequência de comandos desta técnica foi proferida com os olhos fechados, trabalhando apenas quatro objetos (amigo, neutro, si próprio e todos os seres) e os sentimentos de bem-querer e empatia cultivados. Se desejasse, o paciente poderia finalizar a prática com um grafismo.

4.5 FACILITADOR

O facilitador da prática meditativa é a própria pesquisadora, que tem ampla experiência em técnicas de meditação, sendo praticante há 26 anos e ensinando meditação há 14 anos. Por dois anos, ensinou meditação mindfulness para grupo de pacientes ambulatoriais no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, como parte da assistência oferecida pelo Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER)

Nas diversas abordagens em que a técnica de mindfulness é utilizada de forma explícita, a experiência do facilitador é um dos fatores mais importantes na obtenção dos resultados apropriados. Ruth Baer (2005) comenta que:

Para os psicoterapeutas que estão interessados em integrar técnicas de mindfulness em suas práticas clínicas, nós gostaríamos de mais uma vez enfatizar a importância de os terapeutas desenvolverem e manterem sua própria prática de mindfulness antes de começar a guiar outros no cultivo de mindfulness (atenção plena). [...] Para ensinar a essência de mindfulness, nós acreditamos que você já deve ter experimentado os múltiplos desafios inerentes ao desenvolvimento desta rigorosa prática diária. Você deve ter experienciado os benefícios da mindfulness e as consequências de sua perda, por você mesmo; e você precisa agir e falar com mindfulness (atenção plena) para aqueles que querem aprender este fenômeno humano tão desafiador e gratificante.^{xiii}

Grepmaier e colegas (2007) realizaram um estudo randomizado duplo-cego, padrão-ouro em pesquisa clínica, estudando o impacto da prática pessoal em mindfulness de psicólogos em treinamento nos pacientes internados atendidos pelos profissionais estudados. Quando comparados com os pacientes atendidos por grupo de profissionais sem prática de mindfulness, os pacientes atendidos pelos psicólogos com treinamento em mindfulness obtiveram redução significativa de sintomas. Os instrumentos mediram ansiedade, hostilidade, obsessões, ansiedade fóbica, pensamento paranoico e outros sintomas. A conclusão do estudo foi que a capacidade de incorporar a atitude proposta pela mindfulness está diretamente ligada à melhora de sintomas em pacientes internados atendidos por profissionais que tenham prática pessoal desenvolvida, quando foi considerada apenas a prática individual dos terapeutas.

4.6 INSTRUMENTOS

Inventário de Depressão de Beck (Gorenstein e Andrade, 1998) – Beck Depression Inventory – BDI (Beck *et al.*, 1961; Beack, Steer e Garbin, 1988). Instrumento com 21 itens de autoavaliação de sintomas depressivos, amplamente utilizado em pesquisa e clínica. Foi validado em português, demonstrando adequadas propriedades psicométricas (ver Anexo 1). Os resultados podem variar de 0 a 63. Uma pontuação média para corte entre indivíduos da comunidade sem presença de sintomas depressivos e população clínica sintomática foi estabelecido em 25,45, sendo 14,29 a pontuação indicativa de algum tipo de sintoma já presente (Seggar, 2002).

Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001) – Beck Anxiety Inventory – BAI (Beck *et al.*, 1988). É um instrumento de autoavaliação de sintomas ansiosos, com a intenção de diferenciar pacientes com transtornos ansiosos de outros transtornos (depressão, distímia e outros). Cada item descreve um possível sintoma ansioso, sendo composto de 21 itens avaliados de 0 a 3, com resultados variando de 0 a 63 (ver Anexo 2). A escala atingiu alta consistência interna e uma correlação entre itens de 0,30 a 0,71 (média = 0,60), com estudos mostrando sua validade discriminativa e convergência.

Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares (*Ruminative Response Scale for Eating Disorders* – RRS-ED; Cowdrey e Park, 2011). Esta é uma escala adaptada para pacientes com TA, tendo como fonte a Escala de Resposta Ruminativa (*Ruminative Response Scale*; RRS) que, por sua vez, é uma subescala do questionário sobre Estilos de Resposta (*Response Style Questionnaire* – RSQ; Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991; Treynor, Gonzalez e Nolen-Hoeksema, 2003). A RRS-ED é uma escala de autoavaliação com nove itens onde são medidas as tendências de ruminação mental sobre temas específicos de TA como preocupação com peso, forma corporal e alimentação. Por não haver uma tradução validada para o português na época deste estudo, a autora fez uma tradução livre que foi verificada por um professor de inglês (ver Anexo 3). O resultado total pode variar de 9 a 36, sendo que duas subescalas podem ser também avaliadas. O fator **reflexão** se relaciona com uma forma mais ponderada de pensar a respeito da alimentação e pode significar um esforço real e positivo de conseguir compreender questões pessoais. O fator **remoer** indica uma forma

de pensar sombria e negativa, sendo fonte de maior preocupação. A escala apresentou alta convergência com outros questionários para TA, sendo que o coeficiente alfa de Cronbach para a subescala **remoer** foi de 0,89 (alto), e para a subescala **refletir** foi 0,63 (moderado).

Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facets of Mindfulness Questionnaire* – FFMQ; Baer *et al.*, 2006). É um questionário que foi desenvolvido a partir dos itens mais expressivos de cinco escalas já existentes que pretendem medir mindfulness. Contém 39 itens autopreenchíveis que medem cinco diferentes aspectos relativos à mindfulness: 1) *agir com atenção* (inclui prestar atenção às atividades que se faz no momento presente e pode ser contrastado com ações que se faz em “piloto automático”), 2) *descrever* (refere-se à capacidade de nomear experiências internas com palavras), 3) *observar* (inclui perceber ou estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, emoções, percepções visuais, auditivas e olfativas), 4) *não julgar* (refere-se a não adquirir uma postura valorativa em relação aos pensamentos e sentimentos), e 5) *não reagir* (tendência de deixar os pensamentos irem e virem sem se interessar por eles, assumindo uma postura desapegada, não sendo carregado por eles). Estudos mostraram que o questionário possui consistência interna e a correlação entre os fatores internos é positivamente significativa, com exceção das subescalas **observar** e **não julgar**, que apresentaram correlação negativa. O resultado total das cinco subescalas pode variar de 39 a 191 e produz um resultado multidimensional sobre mindfulness. Foi validada em português de Portugal por Pinto-Gouveia e Gregório (2011). Por não haver tradução validada para o português do Brasil, foi usada como referência a versão portuguesa, com mínimos ajustes para esse vernáculo (ver Anexo 4).

Questionário de Aceitação e Ação – Versão II (*Acceptance and Action Questionnaire II* – AAQ-II; Bond *et al.*, 2011). Instrumento de autoavaliação com 10 itens que visa medir flexibilidade ou rigidez psicológica. Isto se refere à disposição do indivíduo em adotar ações no momento presente, mesmo quando este contém pensamentos e sentimentos difíceis de lidar ou manter uma postura de recusa em aceitar o que se apresenta e as experiências internas desagradáveis que isso gera. Os itens são avaliados numa escala de 1 a 7, com pontuações mais elevadas indicando mais rigidez e níveis maiores de inflexibilidade psicológica, podendo variar de 10 a 70. Por não haver

uma tradução validada para o português brasileiro na época deste estudo, a autora fez uma tradução livre que foi verificada por um professor de inglês (ver Anexo 5).

Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test* – EAT-26; Garner *et al.*, 1982; primeira tradução utilizada no Brasil feita em 1994 por Nunes e colegas – esta foi a versão usada nesta pesquisa). É um instrumento de autoaplicação, rastreia elementos de alimentação anormal presentes em pacientes com AN ou BN. A versão original tem 40 itens, mas a versão curta de 26 itens apresenta qualidades psicométricas equivalentes e foi validada para o português brasileiro. Os resultados podem variar de 0 a 78, sendo que o ponto de corte para presença de sintomas indicativos de TA adotado é de 21 pontos, usando-se a terminologia positivo ou negativo (ver Anexo 6).

Questionário de Imagem Corporal (Cordás, 2000) – *Body Shape Questionnaire* – BSQ (Cooper *et al.*, 1987). Questionário autopreenchível com 34 itens em formato *Likert* de seis pontos para mensurar preocupação com imagem corporal nas últimas quatro semanas, alcançando resultados que variam de 34 a 204. Quanto maior a pontuação, maior a insatisfação e maior a dificuldade em lidar com pensamentos e emoções relacionados à forma e ao peso corporal. O BSQ é amplamente utilizado em pesquisa e clínica, tendo alcançado boa convergência com outros instrumentos que medem imagem corporal (ver Anexo 7; Rosen *et al.*, 1996).

Para melhor compreensão dos resultados dos instrumentos, segue uma tabela com os valores estabelecidos para a classificação em cada caso:

Tabela 2 – Valores de referência dos instrumentos utilizados

Instrumento	Observação	Pontuação
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	Quanto menor a pontuação, melhor.	De 0 a 7: ansiedade mínima De 8 a 15: ansiedade média De 16 a 25: ansiedade moderada De 26 a 63: ansiedade severa
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Quanto menor a pontuação, melhor.	De 0 a 4: sem depressão De 5 a 14: depressão mínima De 15 a 24: depressão média De 25 a 63: depressão moderada a severa
Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ)	Quanto maior a pontuação, melhor, com algumas exceções para a subescala observar.	Abaixo de 135: baixa De 135 a 148: média Acima de 149: alta
FFMQ Observar (perceber experiências no momento presente relativas a experiências internas e externas)	Quanto maior a pontuação, melhor, <u>com exceções</u>	Abaixo de 27: pouca capacidade de observação De 27 a 32: média capacidade de observação Acima de 32: alta capacidade de observação

[continua]

[conclusão]

Tabela 2 – Valores de referência dos instrumentos utilizados

Instrumento	Observação	Pontuação
FFMQ Descrever (utilizar palavras para descrever emoções e sensações)	Quanto maior a pontuação, melhor.	Abaixo de 30: pouca capacidade de descrever De 30 a 32: média capacidade de descrever Acima de 33: alta capacidade de descrever
FFMQ Agir com atenção	Quanto maior a pontuação, melhor.	Abaixo de 26: pouca capacidade de agir com atenção De 26 a 28: média capacidade de agir com atenção Acima de 29: alta capacidade de agir com atenção
FFMQ Não julgar (autojulgamento e experiências internas)	Quanto maior a pontuação, melhor.	Abaixo de 29: pouca capacidade de não julgar De 29 a 32: média capacidade de não julgar Acima de 33: alta capacidade de não julgar
FFMQ Não reagir (a experiências internas)	Quanto maior a pontuação, melhor.	Abaixo de 22: pouca capacidade de não reagir De 22 a 25: média capacidade de não reagir Acima de 26: alta capacidade de não reagir
Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Abaixo de 20: sem atitudes alimentares distorcidas Acima de 21: atitudes alimentares distorcidas, com possível presença de TA.
EAT-26 fator I (mais relacionado a AN)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 19: TA
EAT-26 fator II (mais relacionado a BN)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 8: TA
EAT-26 fator III (controle)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 8: TA
Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Até 24: pouca inflexibilidade Entre 25 e 28: média inflexibilidade Acima de 29: alta inflexibilidade
Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares (RRS-ED)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 14: TA
RRS-ED Remoer	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 8: TA
RRS-ED Refletir	Quanto menor a pontuação, melhor.	Acima de 3: TA
Questionário de Imagem Corporal (BSQ)	Quanto menor a pontuação, melhor.	Abaixo de 80: sem insatisfação corporal De 80 a 110: leve insatisfação corporal De 111 a 140: moderada insatisfação corporal Acima de 140: insatisfação corporal severa

4.7 VARIÁVEIS DE DESFECHO

Variável de desfecho do objetivo primário 1:

É esperado que a intervenção diminua sintomas ansiosos e/ou depressivos em pacientes internados com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, quando comparados os instrumentos pré e pós-intervenção.

Variável de desfecho do objetivo primário 2:

É esperado que a intervenção diminua a ruminação mental em pacientes internados com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, quando comparados os instrumentos pré e pós-intervenção.

Variável de desfecho do objetivo secundário 1:

É esperado que a intervenção ajude ao paciente internado com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa a ter uma imagem corporal mais realista, quando comparados os instrumentos pré e pós-intervenção.

Variável de desfecho do objetivo secundário 2:

É esperado que a intervenção aumente a capacidade de atenção em pacientes internados com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, quando comparados os instrumentos pré e pós-intervenção.

Variável de desfecho do objetivo secundário 3:

É esperado que a intervenção diminua o tempo de internação e recaídas em pacientes internados com Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, quando comparadas as informações pré e pós-intervenção.

Variável de desfecho do objetivo secundário 4:

É esperado que a intervenção auxilie o processo de aumento do índice de massa corporal e o ganho de peso, quando comparadas as informações pré e pós-intervenção.

4.8 FLUXOGRAMA

4.8.1 Fluxograma Grupo Piloto

4.8.2 Fluxograma Grupo Controle

4.8.3 Fluxograma Grupo Intervenção

4.9 CRONOGRAMA

ANÁLISE ESTATÍSTICA E RESULTADOS

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA E RESULTADOS

Para melhor compreender os resultados do grupo piloto e assim delinear a intervenção, testes foram feitos ao final do período piloto e antes do início da fase controle. Após a conclusão dos grupos controle e intervenção, nova análise estatística foi conduzida. A seguir, os resultados apresentados por grupo e, ao final da sessão, a descrição de análises comparativas entre grupo controle e intervenção.

Lembrando que, devido ao pequeno número de participantes, a análise descritiva se torna importante assim como as tendências estatísticas dentro do valor geralmente estabelecido em estudos ($p < 0,10$).

5.1 RESULTADOS DO GRUPO PILOTO

O material analisado do grupo piloto consistiu nos questionários preenchidos por 10 participantes da atividade nos tempos pré e pós, conforme descrito em sessão anterior. Os outros participantes ($n = 7$), no entanto, ajudaram a compreender a aceitação da atividade e dos exercícios para a elaboração do protocolo aplicado na intervenção. No final desta sessão, foram transcritos alguns relatos para melhor compreensão do impacto dos exercícios.

Todos os participantes do grupo piloto eram mulheres. Do grupo analisado ($n = 10$), a idade média foi de 28,4 anos (DP = 9,26; variação de 18 a 46 anos), sendo a média de idade do diagnóstico de 15,50 (DP = 1,58; variação de 14 a 18 anos), com tempo de transtorno reportado com média de 12,9 anos (DP = 8,31; variação de 4 a 28 anos). Apenas uma paciente era casada, sendo as demais solteiras. A média de internação foi de 107,4 dias (DP = 72,05; variação de 45 a 299 dias). Sobre etnia, sete pacientes eram caucasianas, sendo uma asiática e duas afro-brasileiras. Ainda, cinco pacientes estavam desempregadas, duas com suporte do INSS, uma estudante e duas empregadas em tempo integral (Tabela 3).

Tabela 3 – Demográfico para grupo piloto ($n = 10$)

	Valores
Gênero	
Masculino	0
Feminino	10
Situação profissional	
empregado	2
desempregado	7
estudante	1
Estado civil	
Solteiro	9
Casado/co-habitando	1
Grau de escolaridade	
Segundo Grau	5
Não completou 2º grau	1
Faculdade	1
Faculdade incompleta	3

A seguir, a Tabela 4 traz a descrição clínica dos integrantes de todo o grupo que participou da atividade, e em **negrito** (letra A), o grupo analisado:

Tabela 4 – Descrição clínica dos integrantes do grupo piloto

N	Paciente	Idade	Diagnóstico	Tempo de TA	Comorbidades	IMC Pré	IMC Pós
1*	T1*	24	AN Purgativa	7	TEPT	15,66	18,48
2	T2	50	AN Purgativa	36	Tabagismo, Dependência de Álcool, Transtorno de Personalidade Antissocial, CBC	13,73	18,67
3	T3	35	AN Purgativa	2	Cirurgia bariátrica, anemia ferropriva, Dependência de Cocaína	13,00	19,65
4	T4	36	TANE	23	DM tipo I, amaurose bilateral, <i>skin picking</i> facial	18,52	19,8
5	T5	27	AN Purgativa	12	Osteoporose	11,61	19,10
6*	T6*	19	AN Purgativa	5	Nenhuma	11,50	17,35
7	P2	49	AN Atípica	3	Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, Transtorno Misto de Personalidade	15,91	19,10
8	A1	30	AN Purgativa	15	Paraplegia	10,50	20,60
9	A2	25	TANE	8	DM tipo I, Transtorno Ansioso Não Especificado	17,53	19,70
10	A3	35	AN Purgativa	17	Hipopotassemia	13,25	18,90
11	A4	19	BN Purgativa	5	Nenhuma	18,10	18,40
12	A5	26	BN Purgativa	11	Transtorno Afetivo Bipolar	30,00	28,90
13	A6	27	AN Purgativa	13	Episódio Depressivo	14,60	20,20

[continua]

[conclusão]

Tabela 4 – Descrição clínica dos integrantes do grupo piloto

N	Paciente	Idade	Diagnóstico	Tempo de TA	Comorbidades	IMC Pré	IMC Pós
14	A7	18	BN Purgativa	4	Cirurgia bariátrica, Transtorno de Personalidade Borderline, Abuso de Múltiplas Drogas	25,90	24,50
15	A8	18	AN Restritiva	3	Transtorno Depressivo, Fobia Social, Hipernatremia, hiperosmolaridade	13,70	16,90
16	A9	46	AN Restritiva	26	Episódio Depressivo Recorrente, Sintomas Obsessivo-Compulsivos; Espondilite Ansilosante	11,61	18,60
17	A10	39	AN Restritiva	15	Transtorno Depressivo, Transtornos de Personalidade, Instabilidade Emocional, Hipopotassemia, Automutilação	15,8	16,99

Pacientes diagnosticados com: Anorexia Nervosa ($n = 12$ sendo AN Purgativa $n=10$; AN Restritiva $n = 2$; e AN Atípica $n = 1$), Bulimia Nervosa ($n = 3$ sendo BN Purgativa $n = 3$) ou Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE $n = 2$). Pacientes * receberam treinamento individual.

No geral, a aceitação das pacientes foi boa, e apenas três pacientes não se interessaram realmente pela atividade. Alguns pacientes não participavam da atividade por estar em consulta com outro profissional, o que não pode ser evitado devido à dinâmica da enfermaria. A Tabela 5 a seguir descreve a participação das pacientes na atividade:

Tabela 5 – Comportamento dos integrantes do grupo piloto em relação às atividades

N	Paciente	Número de sessões atendidas	Número de oportunidades	1= engajou (> 5 sessões) 0= não engajou (< 5 sessões)	Completo questionários (0=não; 1=sim)
1	T1	5	5	1	0
2	T2	6	6	1	0
3	T3	1	2	0	0
4	T4	4	5	1 **	0
5	T5	8	9	1	0
6	T6	8	8	1	0
7	P2	6	7	1	0
8	A1	8	10	1	1
9	A2	8	9	1	1
10	A3	9	10	1	1
11	A4	2	7	0 *	1
12	A5	3	10	0 *	1
13	A6	9	10	1	1
14	A7	1	6	0 *	1
15	A8	3	6	0	1
16	A9	3	5	0	1
17	A10	5	7	1	1

Nota. $n_{total} = 17$ sendo $n_1 = 11$ e $n_0 = 6$. Os pacientes marcados com * declinaram explicitamente de participar das atividades. ** Este paciente engajou bem na atividade mas recebeu alta antes de completar cinco sessões, por isso foi considerado no Grupo 1.

Apesar das declarações dos participantes não terem sido incluídas na análise, aqui são apresentados alguns exemplos de como as pacientes reportaram suas experiências com os exercícios. Alguns relatos inclusive de pacientes que participaram em menos de cinco sessões ou não preencheram questionários, mas foram analisadas em termos de aceitação da atividade e dos exercícios.

Sobre o exercício mindfulness das mãos:

“Percebi que meditar ficou ainda mais fácil a partir do momento em que preciso focar a atenção no dedo mindinho. Notei também que a respiração fluiu melhor enquanto movimentava o dedo mindinho.”

(paciente A6, em 30 de outubro de 2012)

“Consegui controlar meus pensamentos usando as mãos, e fixar nas mãos.”

(paciente P2, em 28 de agosto de 2012)

“Fiquei mais relaxada, fiquei com uma sensação de conforto e tranquila.”

(paciente A3, em 28 de agosto de 2012)

“Paz, relaxamento, tranquilidade, bem estar, paciência.”

(paciente T5, em 4 de setembro de 2012)

“[Mãos] bastante quentes. A mão direita maior e mais quente que a esquerda [erro no original]. Fiquei focada apenas nas minhas mãos sem que minha mente se desviasse. Minhas pernas ficaram quentes devido ao calor das mãos.”

(paciente T2, em 7 de agosto de 2012)

“No começo eu prestei atenção nas mãos, mas depois já estava pensando em outras coisas, no final me deu um pouco de sono. Quando as mãos estavam apoiadas na mesa, fiquei mais tensa.”

(paciente A8, em 2 de outubro de 2012)

Sobre o exercício mindfulness da respiração:

“Sonolência. Relaxei meu corpo e meus braços foram se soltando cada vez mais. Minhas mãos ficaram tão soltas que já não as sentia em cima de minhas pernas. Suavidade. Tranquilidade. Calmaria e mansidão. Sincronismo da mente acompanhando a música.”

(paciente T2, em 7 de agosto de 2012)

“A palavra que melhor traduz o exercício de desfecho, com foco na respiração é SERENIDADE. Pela segunda vez consecutiva, consegui manter o ritmo e a velocidade da minha respiração quando ela se tornou o foco do exercício.”

(paciente A6, 30 outubro 2012)

“Me senti muito relaxada, com muita calma eu me encontrei em posição de um feto, dobrada segurando os olhos, ao lado de uma lagoa.”

(paciente A9, 30 outubro 2012)

“No começo não estava tão relaxada, mas depois me deu sono e vontade de ficar horas sentada aqui na mesma posição.”

(paciente A8, em 2 de outubro de 2012)

“É como se cada vez que eu respirasse, eu ponho pra fora tudo de negativo que passa na minha cabeça. É uma sensação de paz, relaxamento, leveza. Minha cabeça até dói.”

(paciente A4, em 14 de agosto de 2012)

“Meu pensamento foi para um lugar cheio de pedras, uma montanha de pedras, visualizei meu avô e minha avó foi um momento muito especial consegui ficar em uma posição confortável e minha respiração ficou bem tranquila. Consegui ouvir os comandos e meus pensamentos não foram embora.”

(paciente A2, em 25 de setembro de 2012)

Sobre o exercício mindfulness das cores:

Figura 15. Grafismo da paciente A10, em 6 de novembro de 2012, ao manipular a cor de que não gosta (tristeza, morte, lembranças, prisão, irritabilidade, funibre, raiva, impaciência, regras, cobrança, normas, angústia, pensamentos negativos, não, automutilação).

Figura 16. Grafismo da paciente A10, em 6 de novembro de 2012, em um segundo momento, ao manipular a cor de que gosta (*felicidade, fortaleza, Deus, vitória, cura, aceitação, luz, leveza, liberdade, espírito, família, paz, Jesus, amigos, trabalho, paciência, bem estar, pensamentos positivos*).

Outra paciente, também trabalhando mindfulness das cores, fez o seguinte grafismo:

Figura 17. Grafismo da paciente A6, em 2 de novembro de 2012, ao trabalhar com a cor de que não gosta (*"Apesar do marrom ser uma cor que não gosto, a escolhi para desenhar a minha flor favorita: uma tulipa. Para mim, é uma metáfora que é possível encontrar beleza e coisas positivas nos lugares mais inesperados"*).

Figura 18. Grafismo da paciente A6, em 2 de novembro de 2012, num segundo momento, ao trabalhar com a cor de que não gosta (“Isso aqui era para ser um camaleão. Já fui chamada algumas vezes de camaleoa, pois sempre estava me reciclando, me renovando. Porém, essa conclusão alheia foi criada apenas pela minha aparência, pois sempre fui muito resistente à mudanças. Mas agora, sinto que estou mais flexível e complacente para aceitar outros tipos de mudança”).

5.1.1 Análise Estatística (grupo piloto)

Para melhor compreender a interação entre os instrumentos, o teste de correlação Spearman’s ρ foi aplicado (Tabela 6). Conforme esperado, houve uma correlação negativa entre a FFMQ e as escalas BDI, BAI, AAQ-II. Isso significa que quanto maior as qualidades de atenção propostas pela mindfulness, menos sintomas ansiosos, depressivos e rigidez as participantes relataram. Uma correlação positiva foi encontrada entre as escalas AAQ-II, BDI e RRS-ED, indicando que quanto maior a pontuação na escala que mede rigidez psicológica, mais sintomas depressivos e ruminações sobre alimentação as pacientes relataram. Ainda, uma correlação positiva entre atitudes alimentares e ansiedade foi encontrada, apontada pelo r entre EAT-26 e BAI, com uma tendência positiva também para rigidez psicológica mensurada pela AAQ-II ($r = 0,624$; $p < 0,054$).

Tabela 6 – Correlações entre os instrumentos após participação no treinamento ($n=10$)

Spearman’s ρ	BAI	BDI	RRS-ED total	EAT-26 total	AAQ-II	FFMQ total
BAI	1,000	0,429	0,615	0,880**	0,624 ^t	-0,563
BDI	0,429	1,000	0,593	0,519	0,898**	-0,949**
RRS-ED total	0,615	0,593	1,000	0,587	0,786*	-0,786*
EAT-26 total	0,880**	0,519	0,587	1,000	0,578	-0,584
AAQ-II	0,624 ^t	0,898**	0,786*	0,578	1,000	-0,976**
FFMQ total	-0,563	-0,949**	-0,786*	-0,584	-0,976**	1,000

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Tendência marcada com t para valores onde $p < 0,10$.

Os índices de correlação podem ser observados na Tabela 6 apresentada acima e estão de acordo com os encontrados em outros estudos sobre mindfulness (Christopher *et al.*, 2012; Baer, 2006 e 2008).

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva do grupo como um todo ($n = 10$) e, posteriormente, de subgrupos ($n = 5$ para as que participaram em mais de 5 sessões e $n = 5$ para as que participaram em menos de cinco sessões). Devido ao número pequeno de participantes, foi aplicado um teste não paramétrico para medidas repetidas (ANOVA; Brunner e Langer, 1999) para analisar os efeitos pré e pós-intervenção no grupo todo. Para medir a magnitude do efeito terapêutico, foi aplicado o cálculo de d proposto por Cohen. A Tabela 7 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 7 – Análise descritiva do grupo piloto com médias, desvio padrão (DP), n , valores p e d

Instrumento	N	Pré-treinamento		Pós-treinamento		ANOVA	Cohen's
		Média	DP	Média	DP	p	d
BAI	9	24,66	15,12	17,40	17,59	0,016*	0,595
BDI	10	25,50	13,71	13,70	19,28	0,0001***	0,496
RRS-ED total	8	25,75	8,00	20,50	9,06	0,101 ^T	0,616
RRS-ED Remoer		17,25	6,04	13,88	5,94	0,162	0,563
RRS-ED Reflexão		8,50	2,93	6,63	3,78	0,142	0,559
EAT-26 total	10	34,50	20,61	20,10	23,97	0,0029**	0,646
EAT-26 fator I		17,40	9,40	10,10	12,98	0,0125*	0,652
EAT-26 fator II		8,40	5,08	4,90	4,98	0,0105*	0,696
EAT-26 fator III		8,70	7,21	5,10	7,06	0,0274*	0,504
AAQ-II	10	45,60	11,61	40,60	17,46	0,362	0,344
FFMQ total	10	116,60	13,52	122,10	17,14	0,123	-0,294
FFMQ Observar		27,30	5,96	25,30	5,10	0,247	0,474
FFMQ Descrever		25,60	6,57	28,20	5,25	0,0092**	-0,440
FFMQ Agir com Atenção		23,80	2,86	24,80	8,34	0,424	0,016
FFMQ Não julgar		20,00	8,87	23,60	7,73	0,027*	-0,434
FFMQ Não reagir		19,10	3,78	20,50	3,50	0,739	-0,384

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; EAT-26 Fator I = dieta; EAT-26 Fator II = bulimia; EAT-26 Fator III = controle; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. DP = desvio padrão. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

As participantes foram então separadas em grupos de acordo com o número de sessões que participaram, para uma melhor compreensão do efeito **dosagem de participação**. Na Tabela 8 a seguir, pode ser analisado um perfil dos subgrupos.

Tabela 8 – Perfil dos subgrupos criados do grupo piloto, com média e variação entre parênteses

Médias	Grupo 1 (n = 5)	Grupo 0 (n = 5)
Idade	31,2 (25-39)	25,6 (18-46)
Idade no diagnóstico	15,8 (14-18)	15,2 (14-18)
Duração do TA em anos	15,40 (8-24)	10,40 (4-28)
Tipo de TA	AN n = 4; TANE n = 1	AN n = 2; BN n = 3
IMC na internação	14,5 (10,5-17,53)	20,8 (13,7-30,0)

Com uma amostra tão pequena, cálculos estatísticos são difíceis, mas pode-se observar com atenção as pontuações médias no pré e no pós e perceber as diferenças que a participação em maior número de sessões provocou nas pacientes.

Na Tabela 9, o tamanho da amostra, a média, o desvio padrão e a variação de pontuação podem ser examinados.

Tabela 9 – Valores descritivos dos subgrupos criados segundo dosagem de participação no treinamento.

	Pré-treinamento				Pós-treinamento			
	Grupo 0 (< 5 sessões)		Grupo 1 (> 5 sessões)		Grupo 0 (< 5 sessões)		Grupo 1 (> 5 sessões)	
	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação
BAI	5	17,8 11,77 5-35	4	33,2 15,75 10-45	5	16,6 16,62 2-43	4	18,2 20,46 2-43
BDI	5	23,8 12,75 9-44	5	27,2 15,89 9-52	5	18,0 16,51 0-40	5	13,0 23,78 0-55
RRS-ED	5	23,4 8,84 15-33	3	29,6 5,50 26-36	5	18,0 9,77 9-29	3	24,6 7,37 19-33
Total								
RRS-ED Remoer	5	15,0 6,59 6-22	3	21,0 2,64 19-24	5	12,2 6,72 6-22	3	16,8 3,79 14-21
RRS-ED Refletir	5	8,4 3,28 5-12	3	8,6 2,89 7-12	5	5,8 3,83 3-12	3	8,0 4,0 4-12
EAT-26	5	36,2 21,81 5-56	5	32,8 21,74 13-70	5	21,8 23,28 0-54	5	18,4 27,26 0-66
Total								
EAT-26 Fator I	5	18,4 8,35 5-25	5	16,4 11,23 9-36	5	11,2 13,21 0-26	5	9,0 14,19 0-33
EAT-26 Fator II	5	9,0 5,78 0-15	5	7,8 4,86 2-15	5	5,4 4,33 0-10	5	4,4 6,02 0-15
EAT-26 Fator III	5	8,8 8,52 0-19	5	8,6 6,65 2-19	5	5,2 7,29 0-18	5	5,0 7,68 0-18
FFMQ	5	117,6 10,31 109-134	5	115,6 17,38 94-141	5	117,6 17,06 102-144	5	126,6 17,85 98-142
Total								

[continua]

[conclusão]

Tabela 9 – Valores descritivos dos subgrupos criados segundo dosagem de participação no treinamento.

	Pré-treinamento				Pós-treinamento			
	Grupo 0 (< 5 sessões)		Grupo 1 (> 5 sessões)		Grupo 0 (< 5 sessões)		Grupo 1 (> 5 sessões)	
	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação	n	Média DP Variação
FFMQ Observar	5	24,6 3,28 20-29	5	30,0 7,14 21-39	5	22,0 3,60 18-27	5	28,6 4,27 23-32
FFMQ Não Reagir	5	20,4 3,64 16-26	5	17,8 3,83 11-20	5	19,8 4,08 15-26	5	21,2 3,11 18-25
FFMQ Descrever	5	25,0 6,04 18-33	5	26,2 7,72 21-39	5	27,2 6,53 21-36	5	29,2 4,08 26-35
FFMQ Agir com Atenção	5	23,4 2,50 21-26	5	24,2 3,42 19-28	5	22,4 3,20 19-27	5	27,2 11,47 8-36
FFMQ Não Julgar	5	24,2 8,52 10-33	5	15,8 7,75 8-26	5	26,8 8,75 12-35	5	20,4 5,68 12-28
AAQ-II	5	45,4 14,06 23-60	5	45,8 10,25 33-61	5	43,6 19,51 17-63	5	37,6 16,81 22-64

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. DP = desvio padrão.

Para melhor compreensão do impacto do programa piloto e da dosagem de participação, e assim delinear melhor o programa da intervenção, uma análise mais detalhada dos resultados de cada instrumento utilizado é importante. A seguir, uma descrição comentada sobre os gráficos das médias de pontuação dos subgrupos 0 e 1.

Observando as pontuações das escalas que medem a hipótese primária, percebe-se que o grupo de pacientes que participou em mais de cinco sessões saiu da categoria “ansiedade severa” para “ansiedade moderada” e da categoria “depressão moderada a severa” para “depressão mínima”. Já o grupo de pacientes que participou em menos sessões se manteve na categoria “ansiedade moderada” e “depressão moderada a severa” (Gráficos 1 e 2). Quando comparados, estes resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa para a medida de ansiedade ($p < 0,047$).

Gráfico 1 – Alterações de pontuação em ansiedade com valor de p para interação entre os subgrupos

Barra em cinza claro indica pontuações para ansiedade mínima; em cinza escuro, pontuações para ansiedade média.

Gráfico 2 – Alterações de pontuação em depressão com valor de p para interação entre os subgrupos

Os resultados para recuperação de IMC (Gráfico 3) também foram mais expressivos no grupo 1, alcançando $p < 0,014$. Entretanto, deve-se considerar que o grupo 1 continha mais pacientes diagnosticadas com AN e, por isso, talvez a melhora do IMC seja devido ao foco terapêutico proposto pela enfermagem, e não apenas ao maior número de sessões que estas pacientes participaram.

Gráfico 3 – Alterações do índice de massa corporal com valor de p para interação entre os subgrupos

As demais medidas aplicadas também apresentaram diferenças interessantes entre os dois subgrupos, quando são observadas as médias comparadas. A escala que mede mindfulness (FFMQ) não apresentou alteração para o grupo 0, sendo que o grupo 1 teve pontuação mais elevada no segundo momento (Gráfico 4). Esse resultado está dentro do que era esperado, pois a proposta da atividade foi justamente melhorar a capacidade de atenção, como medida pelo resultado total deste instrumento.

Gráfico 4 – Alterações de pontuação em mindfulness com valor de p para interação entre os subgrupos

Vale a pena comentar que a pontuação da subescala **observar** da FFMQ pode apresentar resultados conflitantes. Foi observado por Baer e colegas (2006 e 2008) que em indivíduos que pontuam alto na escala de observação, mas não passaram pelo treinamento em mindfulness (que trabalha atitudes positivas), a pontuação elevada nessa

escala pode indicar comportamentos mal-adaptativos. Isso aparece em dois momentos no estudo de Baer e colegas (2006). Primeiro na correlação negativa entre as subescalas **observar** e **não julgar**, onde quanto maior a pontuação na primeira, menor a pontuação na segunda, indicando que quanto maior o autojulgamento, mais o indivíduo está atento a estímulos externos ou internos como emoções, sensações, cognições, sons e cheiros. Em segundo, na correlação positiva entre **observar** e instrumentos que medem falta de atenção, sintomas psicológicos e supressão de pensamentos, mais uma vez relacionando o excesso de observação com comportamentos mal-adaptativos. Em um novo estudo sobre as qualidades psicométricas da FFMQ, Christopher e colegas (2012) novamente confirmaram que em um grupo de indivíduos sem o hábito de meditar, a subescala **observar** correlaciona positivamente com escalas de Depressão e insatisfação com a vida. Como observa-se no Gráfico 5, a seguir, os dois grupos apresentaram diminuição dos valores desta escala ao final. Conhecendo o perfil desta população, pode-se supor que essa diminuição foi positiva, ao contrário do que normalmente se pensaria em outras situações.

Gráfico 5 – Alterações de pontuação na capacidade de observar-se com valor de p para interação entre os subgrupos

A não reatividade, como medida pela FFMQ se relaciona com a capacidade de permitir que pensamentos e emoções surjam e desapareçam, sem ser levado por eles. A comparação dos grupos (Gráfico 6) mostrou que aqueles que participaram em mais sessões pontuaram melhor ao final do programa, enquanto os que participaram em menos sessões apresentaram pontuação um pouco menor. Lembrando que para este instrumento, quanto maior a pontuação, melhor.

Gráfico 6 – Alterações de pontuação na capacidade de não reagir a experiências internas com valor de p para interação entre os subgrupos

Gráfico 7 – Alterações de pontuação na capacidade de descrever com palavras com valor de p para interação entre os subgrupos

A capacidade de descrever com palavras experiências internas é um fator importante no desenvolvimento da mindfulness. Manter um diário de prática é um pedido comum nos protocolos que trabalham com práticas formais. Na atividade conduzida na enfermaria, o pedido de escrever com palavras ou fazer grafismos ilustrando a experiência vivenciada na prática teve a intenção de trabalhar esse aspecto. A intenção é ajudar a desenvolver um refinamento da percepção de emoções e estados internos, com a consequente facilidade de colocar a experiência subjetiva em palavras. A melhora do grupo (Gráfico 7) como um todo foi estatisticamente significativa, como

descrito em tabela anterior, não apresentando diferença na comparação entre os subgrupos.

Gráfico 8 – Alterações de pontuação na capacidade de agir com atenção com valor de p para interação entre os subgrupos

A capacidade de agir com atenção é um dos aspectos centrais da prática de mindfulness, pois é justamente na ação consciente que repousam todas as possibilidades de reconhecimento das intenções e motivações pessoais, assim como das emoções que podem ser desencadeadoras de ações e comportamentos. Ainda, a capacidade de agir com atenção está diretamente ligada com não agir no chamado “piloto automático”, relacionado com ações impensadas ou impulsivas (Carmody e Baer, 2008). O que se vê na interação dos subgrupos é uma leve melhora nas pacientes que participaram em mais sessões e uma mínima diminuição da pontuação para as outras, mostradas no Gráfico 8. Talvez justamente essa diferença de pontuação não tenha permitido alcançar uma diferença estatisticamente significativa.

Os resultados da subescala que mede a capacidade de autojulgamento são interessantes, estimulando a reflexão. Apesar de pontuarem baixo em comparação com a população em geral, indicando o alto nível de julgamento presente nestas pacientes, o grupo como um todo apresentou uma diferença significativa no pré-pós, para melhor (Gráfico 9). No entanto, não foi encontrado um valor significativo para p na comparação dos subgrupos. O que também se observa é que as pacientes que participaram em mais sessões apresentaram pontuação menor que o grupo 0, indicando que estas pacientes têm uma percepção mais acentuada do quanto se julgam. Este pode

ser um fator positivo importante, considerando que nesta população a crítica em relação à própria condição é fundamental para o bom prognóstico.

Gráfico 9 – Alterações de pontuação na capacidade não julgar com valor de p para interação entre os subgrupos

Gráfico 10 – Alterações de pontuação das atitudes em relação a hábitos alimentares com valor de p para interação entre os subgrupos

No Gráfico 10, teste de atitudes alimentares, pontuação total, todas as pacientes apresentaram melhora significativa ($p < 0,002$), sendo que o grupo 1 alcançou pontuação abaixo do corte para indicação de TA. O mesmo padrão se repetiu nas subescalas, como pode ser observado nos gráficos a seguir.

Gráfico 11 – Alterações de pontuação das atitudes em relação a dietas alimentares, com valor de p para interação entre os subgrupos

A subescala Fator I reflete uma recusa patológica de ingerir alimentos de alto teor calórico e uma intensa preocupação com forma e peso corporal, sendo mais relacionada ao diagnóstico de AN. Para a análise do grupo todo, houve mudança significativa ($p < 0,012$, para $n = 10$), sem diferenças na comparação dos subgrupos (Gráfico 11).

Gráfico 12 – Alterações de pontuação das atitudes em relação a atitudes relacionadas a Bulimia Nervosa com valor de p para interação entre os subgrupos

A subescala Fator II reflete a ocorrência de episódios de compulsão alimentar, podendo ser seguidos de vômitos ou outras estratégias para evitar ganho de peso.

Relaciona-se mais diretamente com o diagnóstico de BN. Na análise total do grupo piloto, registrada no Gráfico 12, houve diminuição significativa na pontuação ($p < 0,010$), sem diferenças entre os subgrupos.

Gráfico 13 – Alterações de pontuação das atitudes em relação a controle alimentar com valor de p para interação entre os subgrupos

A subescala Fator III demonstra a capacidade de controlar a ingestão de alimentos, com o reconhecimento de forças interpessoais estimulando a alimentação. Ambos os subgrupos obtiveram melhora (Gráfico 13), saindo da pontuação de corte (8,8 para 5,0), com $p < 0,027$).

Gráfico 14 – Alterações de pontuação das atitudes em relação a flexibilidade psicológica com valor de p para interação entre os subgrupos

A pontuação do grupo como um todo para a escala que mede flexibilidade psicológica foi extremamente alta (45,6 para 40,6), sendo coerente com o padrão de comportamento encontrado nesta população (Gráfico 14). A média para a população saudável fica em torno de 19 pontos e acima de 30 pontos, é comum a presença de outros sintomas psicológicos, segundo amplo estudo conduzido por Bond e colegas (2011). Os dois grupos pontuaram praticamente igual no momento inicial, sendo que o grupo 1 obteve maior diminuição de pontuação. Esta leve melhora observada no grupo que participou em mais sessões foi um aspecto encorajador e ao mesmo tempo demonstrou o desafio de trabalhar a questão da flexibilidade nestas pacientes.

Gráfico 15 – Alterações de pontuação em ruminação mental com valor de p para interação entre os subgrupos

A pontuação do grupo todo na escala de ruminação mental específica para TA apresentou resultados elevados sendo que o subgrupo 1 apresentou pontuação mais elevada ainda (Gráfico 15). Este resultado salienta a importância de estudar este construto nesta população e desenvolver abordagens que enderecem este aspecto de forma mais objetiva. Essa diminuição ao final do programa apresentou tendência quase estatisticamente significativa ($p = 0,10$), mas o resultado geral ainda se manteve elevado, bem acima da média para população saudável (14 pontos).

Nos Gráficos 16 e 17, os resultados de ambas as subescalas **remoer** e **refletir** mantiveram o movimento observado no resultado total, com leve melhora para o subgrupo 0 no aspecto reflexão, que é geralmente associado a comportamentos mais adaptativos, como discutido anteriormente.

Gráfico 16 – Alterações de pontuação em ruminação mental, aspecto remoer, com valor de p para interação entre os subgrupos

Gráfico 17 – Alterações de pontuação em ruminação mental, aspecto refletir, com valor de p para interação entre os subgrupos

5.2 RESULTADOS DO GRUPO CONTROLE

Dentre os participantes do grupo controle, havia 12 mulheres e 2 homens. A idade média foi de 30,6 anos (DP = 10,6; variação de 20 a 56 anos), sendo a idade média no diagnóstico de 17,6 anos (DP = 6,6; variação de 10 a 36 anos), com tempo de transtorno reportado com média de 12,9 anos (DP = 7,1; variação de 4 a 30 anos). Um paciente era casado, dois separados, sendo os demais solteiros. Em relação à etnia, 12 pacientes eram caucasianos e dois pardos. Sobre condição de trabalho, seis pacientes estavam desempregados, três eram estudantes, um com suporte do INSS, e quatro empregados. Sobre escolaridade, oito concluíram ensino superior (sendo um doutorado) e seis com ensino fundamental e médio. A Tabela 10 traz a descrição clínica dos integrantes.

Tabela 10 – Descrição clínica dos integrantes do grupo controle

N	Paciente	Idade	Diagnóstico	Tempo de TA (anos)	Comorbidades	IMC Pré	IMC Pós	Peso Pré	Peso Pós
1	C1	26	BN Purgativa	12	Dependência de Cocaína; TAB	22,1	21	57,1	54,3
2	C2	23	AN Purgativa	5	Episódio Depressivo Leve	16,8	18,6	50,8	55,0
3	C3	23	AN Atípica	5	TAG; Dependência de Canabíoides	16,0	21,4	49,7	65,3
4	C6	24	BN Purgativa	11	TOC; Ep. Dep. Moderado; Obesidade; Trans Psico e Compor associados ao desenv sexual e sua orientação	37,9	37,7	105,0	104,0
5	C7	34	BN	18	TAB; Sind. Dep. Múltiplas Drogas; Transtorno Psicótico devido ao uso de múltiplas drogas	20,8	22,3	54,7	58,3
6	C8	56	AN Purgativa	20	Insuficiência renal crônica e aguda; hipopotassemia; anemia não específica	13,3	16,6	30,7	38
7	C9	20	AN Restritiva	8	Episódio depressivo moderado	14,5	19,5	33,5	45,1
8	C10	22	TANE	5	Episódio depressivo severo; desordem de personalidade instável emocionalmente	15,9	16,9	41,1	43,8
9	C15	50	TANE	30	Personalidade histriônica; psicoses residuais devido ao abuso de substâncias; hipercolesterolemia; NE_OCD	23,3	22,6	59,9	58,4
10	C16	29	AN Purgativa	13	Episódio depressivo recorrente; cleptomania; desordem de personalidade instável emocionalmente, desordem impulsiva	15,2	15,6	39,9	41,6

[continua]

[conclusão]

Tabela 10 – Descrição clínica dos integrantes do grupo controle

<i>N</i>	Paciente	Idade	Diagnóstico	Tempo de TA (anos)	Comorbidades	IMC Pré	IMC Pós	Peso Pré	Peso Pós
11	C17	33	AN Restritiva	19	Osteopenia	14,8	17,1	42,4	49
12	C18	24	BN Atípica	9	Episódios depressivos recorrentes; desordem de personalidade instável emocionalmente	29,1	28,4	83,2	81,2
13	C20	35	BN Purgativa	14	Abuso de álcool; episódios depressivos recorrentes; cirurgia bariátrica	25,4	24	86	81,4
14	C22	29	AN Restritiva	4	Hipocalcemia	14,8	16,2	37,4	41,1

Para ilustrar a gravidade do grupo de pacientes atendidos na ECAL, é digno de nota que a paciente C8 pediu alta do tratamento, sendo autorizada pelo marido, e veio a falecer poucos meses depois. A paciente C16 também pediu alta, mas conseguiu um acordo com a equipe médica, sendo liberada para tratamento ambulatorial mesmo com IMC 15,6.

Neste grupo, um total de três pacientes pediram alta antes da equipe médica concordar com a saída (pacientes C8, C10 e C17), um recebeu alta administrativa por mau comportamento (paciente C2) e dez seguiram tratamento em formato ambulatorial. A média de internação foi de 65,4 dias (DP = 21,35; variação de 39 a 119 dias).

Na Tabela 11 podem ser analisados os resultados descritivos com médias, desvio padrão e tamanho da amostra, assim como outros resultados de probabilidade e efeito terapêutico encontrados.

Para medir a diferença em relação ao tempo (pré e pós), um teste *t* pareado para medidas repetidas foi realizado após testar a taxa de normalidade do grupo. Adotando uma postura mais conservadora para os resultados para evitar erro estatístico Tipo I, foi usado o cálculo de Bonferroni com a fórmula $p/\text{número de instrumentos utilizados}$ (0,05/17), chegando-se a um valor significativo em $p < 0,0029$.

Para medir o efeito terapêutico, foi utilizado o cálculo baseado em d segundo Cohen (diferença entre médias/média do desvio padrão), onde valores até 0,20 indicam efeito fraco, até 0,50 efeito médio e acima de 0,80 grande efeito terapêutico.

Tabela 11 – Resultados descritivos do grupo controle, com probabilidade e efeito terapêutico

	N	Pré			Pós			<i>t</i> -test	Cohen's
		Média	DP	Variação	Média	DP	Variação	<i>p</i>	<i>d</i>
BAI	14	23,71	15,54	6-54	21,64	18,17	4-54	0,427	0,123
BDI	14	21,07	11,51	6-45	22,21	15,89	6-54	0,821	-0,083
RRS-ED Total		24,07	6,22	12-34	22,57	7,56	12-36	0,210	1,672
RRS-ED Remoer	14	17,93	4,21	9-24	15,93	5,44	9-24	0,029	1,780
RRS-ED Refletir	14	6,14	2,32	3-10	6,64	2,50	3-12	0,390	1,371
EAT-26 Total	14	37,64	19,48	4-59	33,79	18,52	1-60	0,198	0,203
EAT-26 Fator I	14	20,43	10,63	2-35	17,57	9,04	0-30	0,145	0,291
EAT-26 Fator II	14	7,86	3,92	2-13	7,64	4,31	1-13	0,755	0,052
EAT-26 Fator III	14	9,36	6,01	0-17	8,57	5,80	0-18	0,363	0,133
FFMQ Total	14	114,07	25,19	59-159	114,00	18,21	78-142	0,982	0,003
FFMQ Observar	14	27,57	6,17	20-38	25,43	6,26	12-35	0,040	0,345
FFMQ Não Reagir	14	18,57	5,32	7-31	18,57	3,67	13-26	1,000	0,000
FFMQ Descrever	14	23,86	8,51	8-34	23,50	6,04	12-33	0,763	0,049
FFMQ Agir com Atenção	14	22,50	6,73	8-37	22,50	6,31	12-34	1,000	0,000
FFMQ Não Julgar	14	21,57	5,20	15-32	24,00	3,84	16-29	0,052	-0,537
BSQ	14	125,57	51,97	41-201	112,21	49,07	35-199	0,049	0,264
AAQ-II	14	48,64	11,95	29,70	45,93	11,15	31,70	0,326	0,235

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness; BSQ = Questionário de Imagem Corporal; DP = desvio padrão.

Para ilustrar a hipótese primária, seguem gráficos de dispersão (Gráficos 18 e 19) para melhor compreensão do movimento das pontuações de cada participante.

Gráfico 18 – Dispersão para medida de ansiedade, sendo *cinza claro* = pré e *cinza escuro* = pós

Gráfico 19 – Dispersão para medida de depressão, sendo *cinza claro* = pré e *cinza escuro* = pós

5.3 RESULTADOS DO GRUPO INTERVENÇÃO

Dentre os participantes do grupo intervenção, havia 12 mulheres e 2 homens. A idade média foi de 35,9 anos (DP = 10,0; variação de 20 a 50 anos), sendo a idade média no diagnóstico de 17,2 anos (DP = 10,6; variação de 8 a 42 anos), com tempo de transtorno reportado com média de 18,6 anos (DP = 8,29; variação de 5 a 34 anos). Três pacientes eram casados, um divorciado, sendo os demais solteiros. A média de internação foi de 75,3 dias (DP = 42,18; variação de 20 a 154 dias). Em relação à etnia, nove pacientes eram caucasianos, dois pardos e um asiático. Sobre condição de trabalho, três pacientes estavam desempregados, um era estudante, nenhum com suporte do INSS, e oito empregados. Sobre escolaridade, seis concluíram ensino superior e quatro com ensino médio/técnico e dois com faculdade incompleta. A seguir, a Tabela 12 apresenta a descrição clínica dos integrantes:

Tabela 12 – Descrição clínica dos integrantes do grupo intervenção

N	Paciente	Idade	Diagnóstico	Tempo de TA (anos)	Comorbidades	IMC Pré	IMC Pós	Peso Pré	Peso Pós
1	M1	30	TANE	18	sem comorbidades	23,7	23,9	66	66,6
2	M2	30	BN purgativa	17	Desordens relativas ao uso de álcool (F10)	15,7	17,3	40,1	41,1
3	M3	47	TANE	5	Episódio depressivo severo (F32.2)	19	19,9	46,3	48,4
4	M4	49	TANE	30	Episódios depressivos recorrentes; disfagia; desordem de ansiedade não especificada (R13, F33, F41.9)	12	16	33,5	45,5
5	M5	50	BN purgativa	14	Desordem de personalidade bipolar (II); hipotireoidismo, cirurgia bariátrica (em 2000) (F31.3, E3.9)	25,2	24,8	66,9	65,7
6	M6	35	TANE purgativa	19	Episódio depressivo moderado; dependência de benzodiazepínicos (F32.1, F19)	21,8	22,6	49,7	51,6
7	M7	43	TANE purgativa	34	Episódios depressivos; osteopenia (F32, M81.0)	19,9	19,8	65,2	64,8
8	M8	36	AN purgativa	22	Perda de peso anormal; abuso de álcool, osteopenia (R63, F10, M81)	10,4	19,7	26	50,6
9	M9	20	AN purgativa	8	Episódios depressivos (F32.8)	15,4	18,3	40	47,4
10	M10	25	TANE	17	Desordem obsessivo-compulsiva; automutilação; QI baixo (F42)	22,4	22,4	65	65
11	M14	40	AN restritiva	25	Desordem de personalidade <i>borderline</i> (F60.31)	17,4	18,8	42,3	45,7
12	M15	26	AN purgativa	15	sem comorbidades	18,2	18	48	46,8

Na Tabela 13 pode-se ter uma visão geral das diferenças entre avaliação inicial e final. Lembrando-se de que, após a correção de Bonferroni, os valores de p passam a ser significativos abaixo de 0,0029, sendo que valores abaixo de 0,10 podem ser considerados tendência.

Tabela 13 – Resultados descritivos do grupo intervenção, com probabilidade e efeito terapêutico

	N	Pré			Pós			<i>t</i> -test	Cohen's
		Média	DP	Variação	Média	DP	Variação	<i>p</i>	<i>d</i>
BAI	12	31,58	14,96	14-55	14,75	11,69	3-40	0,003	1,263
BDI	12	28,83	12,88	11-55	15,92	11,67	6-49	0,002	1,063
RRS-ED Total	12	22,75	6,18	14-31	19,58	8,37	10-31	0,211	0,435
RRS-ED Remoer	12	16,42	4,12	10-22	13,75	5,34	7-23	0,122	0,563
RRS-ED Refletir	12	6,33	2,67	3-11	5,83	3,33	3-12	0,586	0,167
EAT-26 Total	12	29,75	20,84	1-69	20,50	22,45	2-63	0,008	0,424
EAT-26 Fator I	12	17,17	11,32	0-36	10,92	12,20	1-36	0,012	0,531
EAT-26 Fator II	12	6,50	5,28	1-15	4,83	4,67	1-13	0,006	0,335
EAT-26 Fator III	12	6,08	5,32	0-18	4,75	5,94	0-15	0,187	0,223
FFMQ Total	12	121,58	23,55	97-156	129,75	25,09	84-171	0,061	-0,339
FFMQ Observar	12	29,17	4,95	21-38	28,75	6,20	17-38	0,823	0,075
FFMQ Não Reagir	12	20,50	5,85	10-32	21,08	5,07	13-28	0,887	-0,045
FFMQ Descrever	12	25,75	6,72	17-39	28,25	5,51	22-40	0,046	-0,418
FFMQ Agir com Atenção	12	23,83	8,43	8-35	28,42	7,96	16-40	0,002	-0,559
FFMQ Não Julgar	12	22,33	7,85	13-39	23,25	8,18	11-39	0,257	-0,158
BSQ	12	114,33	53,54	45-193	98,67	52,93	38-193	0,008	0,294
AAQ-II	12	46,33	15,46	14-68	41,00	16,89	10-63	0,034	0,330

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. DP = desvio padrão.

A seguir, os Gráficos 20 e 21, gráficos de dispersão, auxiliam uma melhor compreensão dos movimentos de pontuação dos participantes do grupo intervenção para as hipóteses primárias.

Gráfico 20 – Dispersão para medida de ansiedade, sendo *cinza claro* = pré e *cinza escuro* = pós

Gráfico 21 – Dispersão para medida de depressão, sendo *cinza claro* = pré e *cinza escuro* = pós

5.4 COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS

Quando comparados, os dois grupos apresentaram-se bem parecidos, exceto pelo tempo de duração do TA ser levemente maior no grupo intervenção, demonstrando que este grupo apresentava curso de transtorno um pouco mais crônico. Uma comparação mais detalhada pode ser observada na Tabela 14, a seguir.

Tabela 14 – Valores descritivos para os grupos controle e intervenção, com médias, desvio padrão e variação.

	Médias		Desvio padrão (DP)		Variação	
	Controle	Intervenção	Controle	Intervenção	Controle	Intervenção
Idade	30,6	35,9	10,6	10,0	20–56	20–50
Idade no diagnóstico	17,6	17,2	6,6	10,6	10–36	8–42
Duração do TA	12,90	18,67	7,10	8,29	4–30	5–34
IMC na internação	20,06	18,19	7,00	4,43	13,3–37,9	10,4–25,2

Em termos demográficos, os dados comparativos são apresentados na Tabela 15, abaixo.

Tabela 15 – Descrição demográfica dos grupos

	Controle (<i>n</i> = 14)	Intervenção (<i>n</i> = 12)
Gênero		
Masculino	2	1
Feminino	12	11
Condição profissional		
empregado	4	8
desempregado	7	3
estudante	3	1
Estado civil		
Solteiro	11	8
Casado/co-habitando	1	3
Divorciado/separado	2	1
Afiliação religiosa		
Católico	5	8
Evangélico	2	1
Outra	3	1
nenhuma	4	2

Com relação a comorbidades identificadas de acordo com os prontuários médicos, houve uma pequena variação entre os grupos, como pode ser observado na Tabela 16. É importante lembrar de que um mesmo paciente pode apresentar diferentes comorbidades e isso pode gerar somas que passam dos 100%.

Tabela 16 – Descrição das porcentagens de presença de comorbidades nos grupos estudados

Comorbidades	Controle (n = 14)	Intervenção (n = 12)
Depressão	43%	92%
Ansiedade	21%	17%
Transtorno bipolar	14%	8%
TOC	14%	8%
Transtorno de personalidade	57%	25%
Dependência/abuso de substâncias	50%	33%
Automutilação	21%	17%
Ideação suicida	43%	25%
Tentativas de suicídio	29%	8%

A duração de internação das participantes teve diferenças que foram afetadas por diversas variáveis que não puderam ser controladas neste estudo. Questões clínicas, alta a pedido, alta por questões comportamentais e diversos outros fatores influenciaram a permanência na enfermaria. Isso requer uma outra forma de se abordar esta questão. No entanto, para acrescentar dados que possam contribuir numa compreensão mais profunda do projeto como um todo, o Gráfico 22 é um gráfico de dispersão que ilustra o tempo de internação, com a média e desvio padrão de cada grupo.

Gráfico 22 – Variação de dias de internação por paciente, por grupo. Grupo controle com média de 65,4 dias (DP = 21,35; variação = 39-119). Grupo intervenção com média de 75,3 dias (DP = 42,18; variação = 20-154)

Inicialmente, um teste para checar se a amostra estava normalmente distribuída foi aplicado ao grupo todo (controle e intervenção), utilizou-se o teste Shapiro-Wilk W. Os resultados mostraram que os valores estavam normalmente distribuídos para todos os instrumentos, exceto: EAT-26 Total; EAT-26 Fatores I, II e III; RRS-ED Ruminação; BDI; BAI. Após normalizar os resultados por meio de logaritmos para estes instrumentos, eles foram incluídos em futuras análises.

Em seguida, um teste para verificar a homogeneidade de variância dos resultados entre o grupo controle e o grupo intervenção foi aplicado, utilizou-se o Teste-F de Bartlett. Os resultados respeitaram as diretrizes de variância homogênea permitindo futuras análises.

Devido ao projeto conter dois grupos distintos de sujeitos analisados em dois momentos cada um, a comparação entre os grupos foi feita utilizando o teste para medidas repetidas fatoriais MANOVA.

A primeira pergunta respondida foi se houve uma interação do grupo todo (controle e intervenção; $n = 26$; Tabela 17) em relação ao tempo. Essa análise investiga se no grupo todo houve diferenças significantes entre a avaliação inicial e após oito semanas, sem diferenciar em qual grupo os pacientes estavam.

Tabela 17– Resultados para a relação *tempo* para os pacientes do estudo (controle + intervenção)

Instrumento	<i>n</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
FFMQ Total	26	$F_{1,24} = 2,7373$	$P = 0,110$
FFMQ Observar	26	$F_{1,24} = 1,0728$	$P = 0,204$
FFMQ Descrever	26	$F_{1,24} = 1,7444$	$P = 0,199$
FFMQ Agir com Atenção	26	$F_{1,24} = 7,5599$	$P = 0,011^*$
FFMQ Não Julgar	26	$F_{1,24} = 4,4687$	$P = 0,045^*$
FFMQ Não Reagir	26	$F_{1,24} = 0,1001$	$P = 0,754$
BAI	26	$F_{1,24} = 20,0534$	$P = 0,0002^{***}$
BDI	26	$F_{1,24} = 4,9096$	$P = 0,036^*$
AAQ-II	26	$F_{1,24} = 5,1944$	$P = 0,031^*$
RRS-ED	26	$F_{1,24} = 3,4211$	$P = 0,076^T$
RRS-ED Reflexão	26	$F_{1,24} = 7,4278$	$P = 0,011^{**}$
RRS-ED Ruminação	26	$F_{1,24} = 0,1082$	$P = 0,745$
EAT-26 Total	26	$F_{1,24} = 4,4384$	$P = 0,046^*$
EAT-26 Fator I	26	$F_{1,24} = 8,1575$	$P = 0,009^{***}$
EAT-26 Fator II	26	$F_{1,24} = 5,4433$	$P = 0,029^{**}$
EAT-26 Fator III	26	$F_{1,24} = 0,99664$	$P = 0,340$
BSQ	26	$F_{1,24} = 13,0245$	$P = 0,001^{***}$
IMC	26	$F_{1,24} = 9,2897$	$P = 0,005^{***}$

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. BSQ = Questionário de Imagem Corporal; IMC = Índice de Massa Corporal. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Neste primeiro teste, observa-se que todos os pacientes acompanhados na pesquisa apresentaram melhora estatisticamente significativa na pontuação de alguns instrumentos. Para melhor compreender **quais** pacientes apresentaram melhor pontuação, um segundo teste foi realizado, investigando a relação tempo e participação na intervenção. A intenção foi identificar se a participação no grupo de meditação teve influência significativa nestas pontuações. Como se pode ver na Tabela 18, os participantes que apresentaram pontuação estatisticamente significante entre o pré e pós para alguns instrumentos foram pacientes que participaram do grupo de meditação.

Tabela 18 – Resultados para a relação tempo*intervenção para todos os pacientes do estudo

Instrumento	N	F	p
FFMQ Total	26	$F_{1,24} = 2,8348$	$P = 0,105t$
FFMQ Observar	26	$F_{1,24} = 0,7745$	$P = 0,387$
FFMQ Descrever	26	$F_{1,24} = 3,1012$	$P = 0,091t$
FFMQ Agir com Atenção	26	$F_{1,24} = 7,5599$	$P = 0,011^*$
FFMQ Não Julgar	26	$F_{1,24} = 0,9128$	$P = 0,349$
FFMQ Não Reagir	26	$F_{1,24} = 0,1001$	$P = 0,754$
BAI	26	$F_{1,24} = 7,0330$	$P = 0,014^*$
BDI	26	$F_{1,24} = 5,1472$	$P = 0,032^*$
AAQ-II	26	$F_{1,24} = 0,5502$	$P = 0,465$
RRS-ED total	26	$F_{1,24} = 0,4364$	$P = 0,515$
RRS-ED reflexão	26	$F_{1,24} = 1,8099$	$P = 0,191$
RRS-ED remoer	26	$F_{1,24} = 0,1516$	$P = 0,700$
EAT-26 Total	26	$F_{1,24} = 1,1529$	$P = 0,294$
EAT-26 Fator I	26	$F_{1,24} = 4,4828$	$P = 0,046^*$
EAT-26 Fator II	26	$F_{1,24} = 2,1430$	$P = 0,157$
EAT-26 Fator III	26	$F_{1,24} = 0,672$	$P = 0,688$
BSQ	26	$F_{1,24} = 0,0825$	$P = 0,776$
IMC	26	$F_{1,24} = 0,5544$	$P = 0,463$

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; RRS-ED = Escala de Resposta Ruminativa para Transtornos Alimentares; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Compromisso Versão II; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness. BSQ = Questionário de Imagem Corporal; IMC = Índice de Massa Corporal. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Num terceiro momento, considerando os instrumentos que apresentaram resultados significativos para uma interação entre intervenção e tempo, foi investigado a significância dessas diferenças utilizando teste t pareado para medidas repetidas intragrupo. Uma subsequente aferição dos resultados foi realizada utilizando o teste não paramétrico Wilcoxon Signed Rank e apenas uma pequena diferença foi observada no instrumento FFMQ **agir com atenção** ($Z = 33$; $p < 0,0008$). Os resultados apresentados estão colocados na Tabela 19.

Tabela 19 – Resultados do test t conduzido apenas para resultados significativos encontrados anteriormente

Instrumento	T	p
BAI (controle)	$t_{13,14} = -1,78575$	$P = 0,048^*$
BAI (intervenção)	$t_{11,12} = -3,95052$	$P = 0,001^{**}$
BDI (controle)	$t_{13,14} = 0,33681$	$P = 0,513$
BDI (intervenção)	$t_{11,12} = 0,39507$	$P = 0,001^{**}$
FFMQ Agir com Atenção (controle)	$t_{13,14} = 0$	$P = 0,50$

[continua]

[conclusão]

Tabela 19 – Resultados do test *t* conduzido apenas para resultados significativos encontrados anteriormente

Instrumento	T	p
FFMQ Agir com Atenção (intervenção)	$t_{11,12} = 4,177185$	$P = 0,0008^{***}$
EAT-26 Fator I (controle)	$t_{11,12} = -0,76163$	$P = 0,231$
EAT-26 Fator I (intervenção)	$t_{9,10} = -2,46975$	$P = 0,017$
IMC (controle)	$t_{13,14} = 2,436061$	$P = 0,015^*$
IMC (intervenção)	$t_{11,12} = 2,036883$	$P = 0,033^*$

Nota: BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; BDI = Inventário de Depressão de Beck; EAT-26 = Teste de Atitudes Alimentares; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness; IMC = Índice de Massa Corporal. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

5.4.1 Gráficos comentados

Para uma compreensão melhor dos resultados dos grupos, segue uma sequência de gráficos de cada instrumento e comentários.

Gráfico 23 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de ansiedade

Para a medida de sintomas ansiosos, os pacientes do grupo controle pontuaram um pouco melhor após oito semanas, porém não saíram da categoria “ansiedade moderada”, apesar de a média de internação ter sido dois meses (Gráfico 23). O teste *t* conduzido intragrupo apresentou valor em conflito com o teste de análise de variância ($p < 0,42$ e $p < 0,04$, respectivamente). Considerando que o teste de normalidade para o grupo

controle foi positivo, talvez essa diferença se deva ao fato de que na análise comparativa o grupo como um todo precisou ter os valores corrigidos para manter a normalidade. O efeito terapêutico teve magnitude abaixo do valor considerado fraco.

Para o grupo intervenção, ainda no Gráfico 23, a diferença de pontuação entre pré e pós foi significativa ($p < 0,001$), indicando que os pacientes saíram da categoria “ansiedade severa” para “ansiedade média”. O efeito terapêutico foi de grande magnitude.

Gráfico 24 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de depressão

No Gráfico 24, em relação a sintomas depressivos, os participantes do grupo controle pontuaram levemente pior (de 21,07 para 22,21; $p < 0,51$), permanecendo na categoria “depressão média”. O efeito terapêutico teve magnitude abaixo do considerado fraco.

O grupo intervenção apresentou resultados significativamente diferentes ($p < 0,001$), saindo da categoria “depressão severa” para “depressão mínima”. O efeito terapêutico foi de grande magnitude.

Gráfico 25 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida do IMC

Para as medidas de índice de massa corporal, os dois grupos apresentaram melhora significativa (controle: $p < 0,015$; intervenção: $p < 0,033$), sendo que o desempenho foi parecido na comparação dos grupos (Gráfico 25).

Gráfico 26 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de mindfulness

Para a pontuação na escala que mede a capacidade de atenção como definida pela teoria de mindfulness (Gráfico 26), os pacientes do grupo controle não apresentaram alteração no pré-pós, pontuando praticamente igual e bem abaixo do que estudos mostram ser uma média baixa da capacidade de atenção, comparados com a população em geral (Baer, 2006). No cálculo do test t conduzido intragrupo, o grupo intervenção apontou uma tendência com $p < 0,06$ sendo que o grupo controle apresentou $p < 0,98$.

Essa diferença entre os grupos apresentou tendência estatística, como apontado pelo valor de p acima descrito. O cálculo de efeito terapêutico apontou magnitude zero para o grupo controle e magnitude fraca para o grupo intervenção.

Gráfico 27 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida observar

No Gráfico 27, na análise independentemente do grupo controle, a diferença de pontuação entre pré-pós alcançou um valor de tendência significativa após correção dos valores ($p < 0,04$), com um efeito terapêutico de magnitude fraca. O grupo intervenção não apresentou grande variação ($p < 0,82$), com efeito terapêutico de magnitude desconsiderável.

Gráfico 28 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida não reagir

Com relação à escala que mede reatividade a percepções internas e externas (Gráfico 28), o grupo controle não apresentou alteração de pontuação entre o pré-pós ($p < 1,0$), assim como efeito terapêutico não considerável. O grupo intervenção apresentou discreta melhora, sem no entanto alcançar um valor significativo ($p < 0,88$). O efeito terapêutico ficou com valor abaixo do considerado fraco.

Gráfico 29 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida descrever

No Gráfico 29, na subescala **descrever** da FFMQ, os grupos se comportaram de forma levemente diferente, como mostra a tendência do valor de p . O grupo controle manteve valores muito próximos ($p = 0,73$), sendo a magnitude do efeito terapêutico nulo. O grupo intervenção apresentou melhora discreta ($p = 0,04$) e a magnitude do efeito terapêutico foi fraca.

Gráfico 30 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida agir com atenção

Na subescala que mede a capacidade de **agir com atenção** ao contrário de “no piloto automático”, a diferença entre os grupos foi significativa (Gráfico 30). Enquanto o grupo controle manteve valores médios iguais no pré-pós, o grupo intervenção apresentou resultados significativos para melhor ($p = 0,008$). Os resultados para efeito terapêutico alcançaram magnitude moderada.

Gráfico 31 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida não julgar

A subescala que mede a capacidade de não julgar experiências internas apresentou tendência estatística de melhora para o grupo controle ($p < 0,052$), mesmo considerando a correção de Bonferroni (Gráfico 31). O efeito terapêutico foi moderado. Para o grupo intervenção, a diferença não alcançou valor estatisticamente significativo ($p < 0,25$), e o efeito terapêutico foi menor do que o considerado fraco.

Gráfico 32 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de atitudes alimentares

Para a escala que investiga atitudes alimentares, ambos os grupos diminuíram a pontuação (Gráfico 32), indicando que no geral, os pacientes melhoraram sua percepção e comportamento em relação à alimentação. A pontuação final média do grupo controle ficou acima do corte estabelecido, indicando que os pacientes ainda pontuam “positivo” para presença de TA. O grupo intervenção teve maior diferença entre o pré-pós saindo da categoria “positivo” para “negativo” para TA. O efeito terapêutico teve magnitude fraca, apesar de melhor que o grupo controle.

Gráfico 33 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator I (Dieta)

Para a subescala **Fator I**, que mede comportamentos e pensamentos patológicos relacionados com dietas e preocupação com a forma corporal, os resultados comparados dos grupos apresentou diferença significativa, como se pode observar no Gráfico 33. O grupo controle apresentou diminuição na pontuação, sem no entanto alcançar um resultado estatisticamente significativo ($p < 0,23$). O efeito terapêutico ficou na pontuação fraca ($d = 0,29$). Para o grupo intervenção, a mudança foi bastante significativa ($p < 0,01$) e o efeito terapêutico teve magnitude moderada.

Gráfico 34 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator II (Bulimia)

A subescala **Fator II** do EAT-26 mede aspectos bulímicos como vômitos e preocupação com alimentos e comportamentos que tentam evitar o ganho de peso. A diferença entre os grupos não chegou a apresentar valor significativo, mas pelo Gráfico 35 pode-se ver que o grupo controle não apresentou muita variação na pontuação pré-pós, enquanto o grupo intervenção apresentou diminuição mais acentuada. O efeito terapêutico alcançou magnitude discreta.

Gráfico 35 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida Fator III (Controle Oral)

A subescala **Fator III** investiga atitudes que refletem controle alimentar e a percepção de como terceiros enxergam os comportamentos alimentares ou forma corporal do paciente. A diminuição de pontuação foi discreta e manteve-se acima do ponto de corte para o grupo controle. O grupo intervenção apresentou uma diminuição maior e, ao final, pontuou abaixo do limite de corte, com um efeito terapêutico discreto.

Gráfico 36 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de flexibilidade psicológica

A flexibilidade psicológica como medida pela escala AAQ-II pontuou muito alto na primeira avaliação para ambos os grupos (Gráfico 36). No segundo momento, ambos melhoraram, sendo que o grupo intervenção melhorou mais ($p < 0,34$). O efeito terapêutico teve magnitude igual para os dois grupos, sendo que o valor para o grupo intervenção foi um pouco melhor.

Os três gráficos a seguir detalham a pontuação na escala que mede ruminação mental e duas facetas do processo ruminativo: ficar remoendo sobre questões alimentares de forma mais negativa, ou um processo de refletir sobre a alimentação.

No resultado total dos grupos, o que se viu é uma diminuição no resultado geral do instrumento (Gráfico 37), mantendo-se no entanto acima do ponto de corte (18). Para o grupo controle, a alteração pré-pós foi um pouco menor que para o grupo intervenção

($p < 0,21$, para ambos os grupos). O efeito terapêutico alcançou grande magnitude para o grupo controle, mantendo-se fraco para o grupo intervenção.

Gráfico 37 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida em ruminação mental

Para a subescala **remoer** os grupos também se comportaram de forma parecida (Gráfico 38). O grupo intervenção pontuou um pouco melhor, sem alcançar um valor significativo ($p < 0,12$). O efeito terapêutico ficou na faixa de magnitude moderada para o grupo intervenção e grande para o grupo controle.

Gráfico 38 – Diferenças de pontuação entre os grupos para a faceta “remoer” da ruminação mental

A subescala que mede a faceta **refletir** do processo de ruminação mental pontuou bem diferente para os grupos, como se pode ver no Gráfico 39. Começando em pontos parecidos, o comportamento dos participantes foi em direções opostas. Enquanto o grupo controle pontuou mais, o grupo intervenção diminuiu a pontuação. Nenhum dos cálculos estatísticos apresentou valor significativo, a não ser o efeito terapêutico do grupo controle que teve grande magnitude, mas na direção oposta da desejável pelos valores psicométricos da escala. O ponto de corte estabelecido pelos autores é um máximo de quatro, sendo que acima disso a possibilidade de TA é elevada. Neste sentido, o comportamento do grupo intervenção é mais coerente com os estudos publicados.

Gráfico 39 – Diferenças de pontuação entre os grupos para a faceta “refletir” da ruminação mental

Gráfico 40 – Diferenças de pontuação entre os grupos para medida de imagem corporal

No Gráfico 40, os dois grupos se comportaram de maneira parecida. Para o grupo controle, a satisfação com a imagem corporal apresentou boa alteração no pré-pós, saindo da categoria “moderada” para “leve”. A diferença pode ser considerada uma tendência, pois o valor de p ficou acima do valor estabelecido pela correção de Bonferroni ($p < 0,049$). Para o grupo intervenção, a diferença pré-pós também foi bem próxima de significativa ($p < 0,008$). Em termos de efeito terapêutico, os dois grupos alcançaram magnitude discreta.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve a intenção de explorar os efeitos de uma possível intervenção com mindfulness adaptada para pacientes internados com Transtornos Alimentares em uma unidade especializada de tratamento e referência na América do Sul.

A primeira constatação do estudo foi a gravidade dos pacientes que são atendidos por esta unidade e todo esforço da equipe terapêutica envolvida: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, e ainda outros. Confirmando a literatura, o índice de comorbidades psiquiátricas foi elevado, como pôde ser observado na Tabela 16.

A segunda constatação foi a de que, apesar de toda a dedicação, este grupo de indivíduos ainda permanece um desafio para os profissionais que se dispõem a ajudar no tratamento. Neste sentido, o trabalho desenvolvido na ECAL se equipara com serviços de qualidade reconhecida em outros países. Por outro lado, fica evidente aquilo que a literatura da área apresenta: os TA crônicos são um desafio para as equipes de saúde e continuam sendo um grupo de pacientes carentes de novas abordagens terapêuticas.

Novas abordagens pedem, no entanto, novas perspectivas teóricas e uma compreensão mais refinada sobre processos psicopatológicos básicos encontrados nessa população. Existem poucos estudos investigando **como** diferentes modos de processamento cognitivo trabalham para manter e agravar o curso de comportamentos alimentares desequilibrados. Os protocolos que utilizam mindfulness se apoiam em uma teoria cognitiva que vem sendo estruturada há mais de 20 anos e que já mostrou em estudos que é coerente com processos cognitivos presentes em indivíduos depressivos, ansiosos e, de forma experimental, também em indivíduos com TA.

Apoiando-se nessas pesquisas, a intervenção com mindfulness desenvolvida neste estudo, nomeada Mindfulness Essencial (ME), endereçou não apenas questões alimentares, mas processos cognitivos diretamente relacionados ao sofrimento usualmente vivenciado por pacientes internados com TA.

A hipótese primária colocada pela pesquisa se confirmou. Pacientes que participaram da atividade de meditação apresentaram melhora significativa nos instrumentos que medem comorbidades mais comuns nesse grupo: depressão e ansiedade. A diminuição na pontuação para estes transtornos foi significativamente melhor quando comparados com o grupo controle, conforme esperado.

Os efeitos de práticas de mindfulness para ansiedade e depressão são bem embasados pelas pesquisas. Levando em consideração o alto índice dessas comorbidades nesta população, o desenvolvimento de uma intervenção com mindfulness que enderece os processos cognitivos deste complexo quadro psicopatológico tem o suporte da literatura.

E foi exatamente nessa complexidade que este estudo teve a intenção de atuar: desenvolver uma nova possibilidade de trabalhar com as características mais desafiantes dessa população – as salientes dificuldades emocionais (alexitimia, TH e TAns), a falta de crítica, a rigidez, o perfeccionismo e a distorção da imagem coroporal.

Por ter sido conduzido no horário pós-almoço, o protocolo ME teve a oportunidade de ensinar os pacientes a lidar com a intensidade de afetos negativos gerados nesta situação de forma direta e prática. Esse é um ponto a ser salientado, visto que se soma à já reconhecida resistência deste grupo de pacientes em aderir a tratamentos. Isso foi de especial importância e possivelmente um dos fatores que, curiosamente, contribuiu para a alta aderência à atividade. A taxa de desistência da fase intervenção foi a mais baixa já encontrada em estudos: apenas 8%. Lembrando que a média de *dropout* para TA é de 40%.

Diferentemente de outros protocolos utilizando mindfulness (MBSR, MBCT, MB-EAT e outros), o protocolo Mindfulness Essencial é semi-estruturado, permitindo que o terapeuta acolha o que se passa no momento presente, como é a proposta básica das terapias com mindfulness. Neste sentido, a experiência vivencial em mindfulness do terapeuta se torna fundamental e é o elemento que permite aos participantes testemunhar uma postura bem ancorada nos princípios a serem desenvolvidos: não julgamento, aceitação, abertura para a experiência, gentileza e auto-observação.

O primeiro objetivo do treinamento ME é treinar a mente para que o foco de atenção se mantenha nas sensações táteis de partes do corpo **neutras** para essa população. Esse é outro diferencial desta abordagem, em linha com a postura de cultivar

gentileza proposta pela mindfulness. Dessa forma, os participantes aprendem a não se perder em pensamentos sobre o estresse de estar internado, sobre questões alimentares ou ainda outros conteúdos cognitivos. Auxilia também a lidar com desafios vivenciados em outros momentos do dia, como o adormecer, a ausência de familiares e similares.

O segundo objetivo é ajudar a reconhecer hábitos/padrões mentais que geram sobrecarga de afetos negativos (dos quais não se sentem capazes de escapar) e instrumentalizar os pacientes com técnicas de distanciamento cognitivo (defusão; auto-observação), possibilitando a escolha de novos comportamentos. Para endereçar essa questão, as devolutivas conduzidas após os exercícios foram momentos de rica oportunidade para demonstrar a aplicação prática dos conceitos de mindfulness. Pode-se dizer que essa discussão com os participantes alcançou níveis profundos de psicoeducação.

Muitas pesquisas científicas são feitas em condições que às vezes dificultam a aplicação dos resultados na clínica, uma vez que as condições para estudo são bastante controladas. Uma pesquisa como esta que foi conduzida, que se propôs a estudar pacientes internados dentro de uma dinâmica de tratamento usual, torna-se um importante recurso de aplicação clínica real e prática, apesar de ter que considerar variáveis que não podem ser controladas tão facilmente (dosagem de atendimentos psicológicos e outras atividades).

Retomando as hipóteses originais do estudo, a seguir foi desenvolvida uma discussão de pontos a serem considerados para cada instrumento, de forma mais detalhada.

Para a primeira parte da hipótese primária – ansiedade (BAI) –, pode-se observar que os resultados foram os esperados. Quando comparados com os resultados dos subgrupos da fase piloto, percebe-se que o mesmo movimento de diminuição da pontuação para a escala que mede ansiedade (BAI) já estava presente. Para os participantes que engajaram em menos de cinco sessões, praticamente não houve alteração na pontuação assim como para o grupo controle, e ambos permaneceram na categoria “ansiedade moderada”. Para o subgrupo piloto que participou em mais de cinco sessões a diferença de pontuação entre pré e pós foi estatisticamente significativa, assim como para o grupo intervenção ($p = 0,047$ e $p = 0,001$, respectivamente). Ambos pontuaram na categoria “ansiedade severa” na primeira avaliação, descendo para a

categoria “moderada” (piloto) e “média” (intervenção) na avaliação final. Investigando também a importância clínica do estudo, vê-se que o efeito terapêutico foi de grande magnitude no grupo intervenção ($d = 1,26$), o que mais uma vez corrobora a primeira parte da hipótese primária. No extensamente citado estudo conduzido por Kristeller e Hallett (1999) e no estudo de Rawal e colegas (2011), a pontuação inicial para ansiedade (BAI) se mostrou mais branda (ansiedade moderada), mais uma vez demonstrando o desafio encontrado por este estudo. Poucos estudos apontam claramente as comorbidades psiquiátricas, sendo que na maioria das vezes elas não são endereçadas ou até, entram como critério de exclusão.

Para a segunda parte da hipótese primária – depressão (BDI) –, o movimento observado entre a fase piloto, controle e intervenção segue o mesmo padrão. Para o subgrupo piloto que participou em menos de cinco sessões (grupo 0), a pontuação se manteve na categoria “depressão média”, assim como para o grupo controle. Para o subgrupo piloto que participou em mais de cinco sessões (grupo 1), houve diminuição de pontuação, saindo da categoria “depressão moderada” para “depressão mínima”. A variação interna do grupo e o pequeno número da amostra contribuíram para que um valor estatisticamente significativo não fosse alcançado. No grupo intervenção, os participantes saíram da categoria “depressão moderada” para “média”, no limiar para a categoria “mínima” ($p = 0,001$).

Estudos encontrados aplicando mindfulness para depressão indicam pontuações iniciais na categoria “média”, abaixo dos resultados descritos acima. Isso demonstra que a população estudada apresentou elevado grau de sintomas depressivos, apontando para a importância dessa comorbidade em indivíduos com TA. Ainda, o grupo intervenção apresentou 92% de comorbidade em Depressão, salientando não só o grau como também a alta incidência destes transtornos. Com isso, o protocolo ME demonstrou forte impacto terapêutico ($d = 1,06$), indicando que os participantes conseguiram lidar com seus estados depressivos de uma forma mais equilibrada, alcançando assim a melhora dos sintomas, como apontado pelos resultados.

Em relação ao segundo objetivo primário – ruminação mental (RRS-ED) –, os resultados foram menos claros. Enquanto na fase piloto os subgrupos se comportaram de forma similar, na fase controle/intervenção os resultados pedem uma compreensão mais detalhada das possibilidades do impacto da intervenção. No resultado total da

escala, o grupo controle apresentou diminuição parecida com a do grupo intervenção. Entretanto, quando as subescalas são analisadas, diferenças curiosas aparecem.

Para a subescala **remoer**, que tem maior importância para processos de ruminação mental negativos como apontado por estudos (Rawal, Park e Williams, 2010; Cowdrey e Park, 2011), o movimento esperado se apresentou com o grupo intervenção pontuando um pouco melhor, com efeito terapêutico moderado ($d = 0,56$).

Já na subescala **refletir**, os grupos apresentaram movimentos opostos: o grupo controle aumentou a pontuação, enquanto o grupo intervenção diminuiu. Isso talvez possa ser explicado pelo modelo ICS proposto, considerando que geralmente o foco das abordagens utilizadas no tratamento usual seja em cognições a respeito de questões alimentares. Isso estimularia uma reflexão sobre o tema, mas não da forma terapêutica intencionada. Assim, apesar de a reflexão ser muitas vezes vista como algo positivo, é preciso considerar a **qualidade** dos pensamentos e as consequências destes.

Olhando para o comportamento dos participantes de cada grupo, pode-se avaliar com mais clareza como a intervenção atuou na ruminação mental. Para isso, a série de gráficos de dispersão a seguir ilustra o que se passou entre o pré e o pós para cada participante dos grupos controle e intervenção.

Gráfico 41 – Diferenças de pontuação para cada participante do grupo controle para a medida total da escala de ruminação mental sobre questões alimentares

Gráfico 42 – Diferenças de pontuação para cada participante do grupo intervenção para a medida total da escala de ruminação mental sobre questões alimentares

O que se pode observar é que, no grupo controle, 10 participantes não apresentaram diferença entre as avaliações, com apenas três diminuindo a pontuação e um pontuando mais ao final. Para o grupo intervenção, as diferenças foram maiores no sentido esperado, com quatro participantes pontuando melhor, seis não apresentando diferença e um pontuando bem mais alto ao final. Nesta análise, compreende-se que mais participantes do grupo intervenção pontuaram melhor ao final, mas devido a diferenças internas do grupo, um valor estatístico significativo não pôde ser alcançado.

Gráfico 43 – Diferenças de pontuação para cada participante do grupo controle para a medida refletir sobre questões alimentares

Gráfico 44 – Diferenças de pontuação para cada participante do grupo intervenção para a medida refletir sobre questões alimentares

Para a subescala **refletir**, podemos observar um movimento similar: apenas dois participantes do grupo controle pontuaram menos ao final, com quatro pontuando mais e oito sem diferenças na pontuação. No grupo intervenção temos três participantes diminuindo bastante a pontuação, oito sem diferença importante e um pontuando bem mais alto ao final.

O fato de a pontuação total e subescalas da RRS-ED terem mudado pouco no resultado geral indica que o protocolo ainda precisa de ajustes ou que talvez o instrumento usado não seja o mais adequado. Se pensarmos que a ruminação mental de forma mais ampla, e não apenas a relacionada a questões alimentares, está presente em TAns e TH, talvez uma escala mais abrangente tivesse mostrado melhor o que se alterou nesta população, visto as significativas alterações nessas comorbidades.

Para a hipótese primária do objetivo secundário – imagem corporal (BSQ) –, a diferença entre grupos não foi significativa¹³. O grupo intervenção pontuou próximo de um valor estatisticamente significativo para melhor, respeitando a conservadora correção de Bonferroni ($p = 0,008$). No entanto, outro instrumento utilizado no estudo que também se relaciona com a forma corporal e atitudes relacionadas a dietas, o EAT-26 Fator I, apresentou diferença estatisticamente significativa para o grupo intervenção ($p = 0,017$). Este resultado aponta para um provável aumento na capacidade de autoaceitação e gentileza, trabalhados como mecanismos da mindfulness. Somando

¹³ A escala de imagem corporal não foi aplicada na fase piloto.

esses resultados, pode-se considerar que a intervenção causou maior impacto no aspecto imagem corporal em relação ao tratamento usual. Em comparação com o estudo de Hepworth (2011), que também usou o EAT-26 como instrumento em indivíduos com variados TA, o presente estudo apresentou resultados similares. No entanto, é preciso considerar que o grupo de Hepworth era bem menos grave, incluindo apenas mulheres com IMC acima de 17, com duração média de transtorno de 4,28 anos.

Para a hipótese secundária do objetivo secundário – capacidade de atenção (FFMQ e subescalas) –, o resultado esperado foi observado, com uma tendência estatística para diferença entre os grupos controle e intervenção. Mais uma vez, constata-se que o movimento esperado já se apresentava nos subgrupos da fase piloto, com melhor pontuação para os participantes que estiveram em mais de cinco sessões. Importante notar que, de forma geral, todos os participantes do estudo pontuaram bem abaixo da média encontrada na população geral em estudos psicométricos. Estudos apontam que a elevada incidência de pensamentos e preocupações relacionados a alimentos, forma e peso corporal enviesam a capacidade de atenção de indivíduos com TA (Cowdrey e Park, 2012). Apesar desse quadro, os resultados mostram que o protocolo ME colaborou para uma pontuação em direção a uma capacidade de atenção mais normalizada.

Para o entendimento mais refinado das facetas de mindfulness atuando nos resultados obtidos, tem-se a diferença estatisticamente significativa encontrada no grupo intervenção na subescala **agir com atenção**. Esta faceta investiga a capacidade de mudar comportamentos automáticos e impulsivos a partir da observação atenta de cada momento, favorecendo novas perspectivas. Para tanto, a percepção do que se passa na mente é de grande importância, demonstrando que os participantes do protocolo ME desenvolveram esta capacidade satisfatoriamente. Agir com atenção também atua diretamente na reconhecida esquivas experiencial observada em TA, considerada um dos componentes que contribuem para a manutenção dos comportamentos desequilibrados (Cowdrey e Park, 2012).

A tendência significativa para a faceta **descrever** mostra que também foi desenvolvido nos participantes um refinamento da capacidade de nomear experiências subjetivas mentais e emocionais, fundamentais para a diminuição dos TAns e TH. Um estudo conduzido por Lieberman e colegas (2011) demonstra que nomear experiências emocionais ajuda a reduzir seu impacto, facilitando o manejo de afetos negativos.

As demais facetas de mindfulness não apresentaram diferenças significativas entre os grupos e apenas movimentos sutis foram observados entre o pré-pós. Futuros estudos poderão esclarecer melhor os movimentos nestes aspectos de mindfulness e refinar a efetividade do protocolo.

A terceira hipótese do objetivo secundário – tempo de internação e recaídas – não pode ser avaliada a contento. Vários fatores contribuem para a duração da internação e o número de recaídas. A complexidade desta avaliação se mostrou uma tarefa a ser conduzida em futuro estudo, em que maior número de pacientes possa ser acompanhado e outras variáveis possam ser controladas.

Para a quarta hipótese do objetivo secundário – variação do IMC e peso corporal – os dados obtidos foram avaliados e se mostraram estatisticamente significativos para todos os grupos. Esse resultado, no entanto, também precisa de uma avaliação mais criteriosa em estudos futuros. As maiores alterações de IMC aconteceram em pacientes com AN, como é esperado em uma internação hospitalar. Detalhes a respeito do tempo de internação e rapidez com que o peso foi reestabelecido precisam de maior controle para resultados mais refinados.

As práticas de meditação, e mais especificamente os protocolos que utilizam meditação mindfulness, têm causado bastante entusiasmo em diversas áreas da saúde pelos amplos resultados positivos apontados nos estudos. A mindfulness endereça especificamente uma condição básica humana que é a dificuldade de manter a atenção no momento presente, com todas as consequências negativas que esta desatenção traz para a qualidade de vida das pessoas.

A teoria ICS usada como embasamento teórico dos processos cognitivos que ocorrem na aprendizagem das práticas de mindfulness traz uma nova perspectiva para trabalhar com pacientes com TA. Apesar de ser um treinamento exigente do ponto de vista cognitivo, com as devidas adaptações, este grupo peculiar de indivíduos pode se beneficiar. Neste estudo, chamou a atenção o fato de que mesmo pacientes com IMC baixíssimo engajaram muito bem na atividade. De acordo com a literatura, esses indivíduos apresentariam limitações em atividades cognitivamente exigentes, mas isso não foi observado nos grupos estudados.

Além das hipóteses exploradas pelo estudo, também foi avaliado o construto chamado de **flexibilidade psicológica** (AAQ-II) que se relaciona com a rigidez

usualmente encontrada em pacientes crônicos com comportamentos alimentares desequilibrados. Tanto na fase piloto quanto na comparação entre controle e intervenção, o movimento mais saliente foi observado nos indivíduos que praticaram mindfulness. Em linha com o estudo de Rawal, Park e Williams (2010), a pontuação dos grupos foi na média de 46 a 48 pontos na fase inicial, indicando um elevado grau de rigidez, coerente com o perfil desta população. Ao final, os valores foram menores, com o grupo intervenção indicando uma alteração de importância clínica de leve magnitude ($d = 0,33$), mas saindo-se melhor do que o grupo controle. Os autores citados correlacionaram os elevados níveis de rigidez com alto índice de esquiva experiencial e crenças sobre o valor da ruminação mental. Como já comentado na subescala **agir com atenção**, mais uma vez isso indica que o protocolo ME atuou nesses aspectos. Entretanto, ainda é preciso refinar os exercícios para que em futuros estudos a pontuação desse instrumento possa talvez apresentar resultados mais significativos.

Em relação às atitudes alimentares, como medida pelo EAT-26 total, o resultado interno dos grupos mostrou que o grupo intervenção diminuiu mais a pontuação ($p = 0,008$) em comparação com o grupo controle. Quando comparados os grupos, a diferença dos movimentos não foi significativa, mas o grupo intervenção apresentou maior efeito terapêutico ($d = 0,42$ para intervenção e $d = 0,20$ para controle). De forma geral, observamos que mesmo sem endereçar especificamente os TA, o protocolo ME atuou positivamente nas questões alimentares. Isso aponta mais uma vez para aspectos cognitivos e emocionais que estão na base da psicopatologia e tem uma característica transdiagnóstica não só com diferentes TA, mas também com outros transtornos psiquiátricos.

A literatura que estuda a aplicação de mindfulness em TA ainda é escassa. O que se pode encontrar são protocolos focando diretamente o desequilíbrio alimentar, muitas vezes misturando técnicas de mindfulness com técnicas de terapia cognitiva (por exemplo, exposição). Como a maioria dos protocolos se direciona para CAP ou BN, o grande foco terapêutico recai sobre o número de episódios de compulsão alimentar. No caso de indivíduos com AN, o foco terapêutico dos estudos-piloto conduzidos está em lidar com a rigidez e as dificuldades emocionais, dando demasiada importância aos comportamentos estritamente alimentares. Esse viés corrobora a colocação de Park e colegas (2011), salientando que,

dado o importante papel da relação corpo-mente presente na AN, pode ser que teorias existentes têm se focado por demais em elementos puramente cognitivos e insuficientemente nas interações entre processos afetivos e estados corporais.

No estudo com população mais parecida com a deste (Kröger *et al.*, 2010), utilizando um protocolo de três meses com DBT, não foram relatadas com clareza as taxas de comorbidades psiquiátricas. Apesar de terem sido utilizados diversos instrumentos, os resultados foram significativos apenas para os indivíduos com BN, que eram em número menor – apenas 15, contra 24 com AN. Novamente, isso demonstra a falta de abordagens eficazes para trabalhar com pacientes graves com AN.

Com base nos estudos encontrados até a data, este ensaio clínico foi o que trabalhou com uma população mais grave e avaliou aspectos psicopatológicos presentes em TA de forma mais ampla.

Uma importante limitação foi a dificuldade de controlar a dosagem das terapias adjuntas oferecidas como tratamento usual. Futuros estudos devem tentar coordenar formas de acompanhamento das atividades dos pacientes, talvez engajando toda a equipe terapêutica na pesquisa.

De forma geral, pode-se dizer que o protocolo ME apresentou resultados muito satisfatórios e promissores, sendo indicados novos estudos que aprofundem o refinamento de exercícios endereçando os pontos aqui levantados.

Com relação à implementação, este é um protocolo especializado, conduzido por profissional com vasta experiência pessoal e terapêutica de mindfulness, e pede que a formação de novos terapeutas seja feita de forma cuidadosa.

ANEXOS

ANEXO 1

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreva como você se sentiu NA SEMANA QUE SE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo ao lado da afirmativa que tiver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas de cada item antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste e infeliz que não posso agüentar.
2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada por esperar.
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto fracassado(a).
1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
2 Quando olho para traz em minha vida, tudo que vejo é um porção de fracassos.
3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.
1 Não gosto das coisas como costumava gostar.
2 Não consigo sentir mais satisfação real com coisa alguma.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
2 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Creio que serei punido(a).
3 Sinto que estou sendo punido(a).
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
3 Eu me odeio.

8. 0 Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.
 - 1 Critico minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 - 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que me acontecem.
9. 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
 - 1 Tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais que o habitual.
 - 1 Choro agora mais que costumava fazer.
 - 2 Atualmente choro o tempo todo.
 - 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.
11. 0 Não me irrita mais agora do que qualquer outra época.
 - 1 Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente sinto-me irritado(a) todo tempo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
 - 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões mais do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 - 1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha vida que me fazer parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio(a).
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem como antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldades de voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado(a) do que o hábito.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5,0 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos – sim ()
não ()
20. 0 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisões de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.
2 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO 2

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à Ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ULTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

		0	1	2	3
		Ausente	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1	Dormência ou formigamento	0	1	2	3
2	Sensações de calor	0	1	2	3
3	Tremos nas pernas	0	1	2	3
4	Incapaz de relaxar	0	1	2	3
5	Medo de acontecimentos ruins	0	1	2	3
6	Confuso ou delirante	0	1	2	3
7	Coração batendo forte e rápido	0	1	2	3
8	Inseguro(a)	0	1	2	3
9	Apavorado(a)	0	1	2	3
10	Nervoso(a)	0	1	2	3
11	Sensação de sufocamento	0	1	2	3
12	Tremor nas mãos	0	1	2	3
13	Trêmulo(a)	0	1	2	3
14	Medo de perder o controle	0	1	2	3
15	Dificuldade de respirar	0	1	2	3
16	Medo de morrer	0	1	2	3
17	Assustado(a)	0	1	2	3
18	Indigestão ou desconforto abdominal	0	1	2	3
19	Desmaios	0	1	2	3
20	Rubor facial	0	1	2	3
21	Sudorese (não devido ao calor)	0	1	2	3

ANEXO 3

ESCALA DE RESPOSTA RUMINATIVA PARA TRANSTORNOS

ALIMENTARES (RRS-ED)

As pessoas pensam e fazem coisas muito diferentes quando estão preocupadas com sua alimentação, peso e/ou forma física. Por favor, leia cada um dos itens abaixo e indique com um X se você pensa e/ou faz cada um deles quando você está preocupada(o) com sua alimentação, peso e/ou forma física. Por favor, diga o que você **geralmente faz**, não aquilo que você pensa que deveria fazer.

	1- Quase nunca	2- Algumas vezes	3- Com frequência	4- Quase sempre
1. Pensa: ‘porque eu sempre reajo assim com comida?’	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
2. Se isola e pensa sobre porquê você tenta controlar sua alimentação, seu peso e/ou sua forma.	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
3. Escreve o que você pensa sobre sua alimentação, seu peso e/ou forma física e fica analisando o que escreveu.	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
4. Pensa numa refeição recente e fica desejando que tudo tivesse corrido melhor.	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
5. Pensa: ‘porque eu tenho problemas com controlar minha alimentação, meu peso e/ou forma física quando outras pessoas não tem esse problema?’	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
6. Pensa: ‘porque não consigo lidar melhor com minha alimentação?’	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
7. Reflete sobre sua personalidade para tentar entender porque você tem que tentar controlar sua alimentação, seu peso e/ou sua forma física.	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
8. Se isola para pensar sobre seus sentimentos sobre sua alimentação, seu peso e/ou sua forma física.	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre
9. Pensa: ‘porque eu tenho essas questões com minha alimentação, peso e/ou forma física?’	1 Quase nunca	2 Algumas Vezes	3 Com frequência	4 Quase sempre

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO DAS CINCO FACETAS DE MINDFULNESS (FFMQ)

Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala. Assinale com uma cruz o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para você.

Nunca ou muito frequentemente raramente verdadeiro verdadeiro	Raramente verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito ou sempre
1	2	3	4	5

1. Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5
2. Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4. Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.	1	2	3	4	5
5. Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5
6. Quando tomo um banho fico atento(a) às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5
7. Consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8. Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordado(a), preocupado(a) ou distraído(a) com qualquer coisa.	1	2	3	4	5
9. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.	1	2	3	4	5
10. Digo a mim próprio(a) que não devia sentir-me como me sinto.	1	2	3	4	5
11. Noto como a comida e a bebida afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso.	1	2	3	4	5
13. Distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5
14. Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma.	1	2	3	4	5
15. Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5

16. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas.	1	2	3	4	5
17. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
18. É-me difícil permanecer focado no que está a acontecer no presente.	1	2	3	4	5
19. Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadores distancio-me e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por este(a).	1	2	3	4	5
20. Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar.	1	2	3	4	5
21. Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente.	1	2	3	4	5
22. Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5
23. Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer.	1	2	3	4	5
24. Pouco tempo depois de ter pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calmo(a).	1	2	3	4	5
25. Digo a mim próprio(a) que não devia pensar do modo como estou a pensar.	1	2	3	4	5
26. Noto o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
27. Mesmo quando estou profundamente triste ou terrivelmente perturbado consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras.	1	2	3	4	5
28. Faço as actividades sem estar realmente atento(a) às mesmas.	1	2	3	4	5
29. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores consigo aperceber-me deles sem reagir.	1	2	3	4	5
30. Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.	1	2	3	4	5
31. Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras.	1	2	3	4	5
32. A minha tendência natural é traduzir as minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”.	1	2	3	4	5
34. Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
35. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores julgo-me como bom (boa) ou mau (má), em função desses pensamentos ou imagens.	1	2	3	4	5
36. Presto atenção à forma como as minhas emoções influenciam o meu comportamento.	1	2	3	4	5
37. Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com grande pormenor.	1	2	3	4	5
38. Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5
39. Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO – VERSÃO II (AAQ-II)

Abaixo você vai encontrar uma lista de afirmações. Por favor, diga o quanto elas são verdadeiras para você, marcando o número correspondente.

1. Está tudo bem se eu tiver uma lembrança desagradável.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
2. Minhas memórias e experiências sofridas fazem com que seja difícil eu viver uma vida que eu dê valor.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
3. Eu tenho medo dos meus sentimentos.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
4. Eu me preocupo com não ser capaz de controlar minhas preocupações e meus sentimentos.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
5. Minhas memórias dolorosas me impedem de ter uma vida satisfatória.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
6. Eu estou no controle da minha vida.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
7. As emoções causam problemas na minha vida.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
8. Parece que a maioria das pessoas lida melhor com a vida delas, do que eu com a minha.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
9. Minhas preocupações atrapalham o meu sucesso.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre
10. Meus pensamentos e sentimentos <i>não</i> atrapalham a forma como eu quero viver minha vida.	1 Nunca	2 É raro	3 Poucas vezes	4 Frequentemente	5 Quase sempre	6 Sempre

ANEXO 6

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

Leia com atenção as afirmações abaixo e classifique o quanto você concorda ou não com elas, de acordo com a tabela.

	1- Sempre 4- Às vezes	2- Muito frequentemente 5- Raramente	3- Frequentemente 6- Nunca			
1. Costumo fazer dieta.	1	2	3	4	5	6
2. Como alimentos dietéticos.	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me mal após comer doces.	1	2	3	4	5	6
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.	1	2	3	4	5	6
5. Evito alimentos que contenham açúcar.	1	2	3	4	5	6
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).	1	2	3	4	5	6
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).	1	2	3	4	5	6
8. Gosto de estar com o estômago vazio.	1	2	3	4	5	6
9. Quando faço exercícios, penso em queimar calorias.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.	1	2	3	4	5	6
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.	1	2	3	4	5	6
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.	1	2	3	4	5	6
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.	1	2	3	4	5	6
15. Vomito depois de comer.	1	2	3	4	5	6
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.	1	2	3	4	5	6

17. Passo muito tempo pensando em comida.	1	2	3	4	5	6
18. Considero-me uma pessoa preocupada com a comida.	1	2	3	4	5	6
19. Sinto que a comida controla a minha vida.	1	2	3	4	5	6
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.	1	2	3	4	5	6
21. Levo mais tempo que os outros para comer.	1	2	3	4	5	6
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.	1	2	3	4	5	6
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.	1	2	3	4	5	6
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.	1	2	3	4	5	6
25. Evito comer quando estou com fome.	1	2	3	4	5	6
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 7

QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BSQ)

Leia com atenção as afirmações abaixo e classifique o quanto você concorda ou não com elas, de acordo com a tabela.

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda) ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando você senta ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
11. Você já se sentiu gorda mesmo comendo uma pequena quantidade de comida ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou escuta uma conversa) ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre

16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
20. Você já teve vergonha do seu corpo ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
21. A preocupação com seu físico te leva a fazer dieta ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã) ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
24. Você se preocupa com o fato de outras pessoas poderem estar vendo dobras na sua cintura ou estômago ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
26. Você já vomitou para se sentir mais magra ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada em um sofá ou no banco de um ônibus) ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
29. Ver seu reflexo (por exemplo, em um espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo vestiários ou banhos de piscina) ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
32. Você toma laxantes para se sentir magra ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre
34. A preocupação com seu físico te faz sentir que deveria fazer exercícios ?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequente	Sempre

8 NOTAS FINAIS (ORIGINAIS EM INGLÊS)

- i. *“Mindfulness is a foundation for all other kinds of meditation. The practices we will explore do not require any religious beliefs; they can be used by atheists or by devout, fundamentalist followers of any religion – anyone who would like to improve attentional balance”.*

(Wallace, 2011, p. 1)

- ii. *“[...] Its essence is universal. Mindfulness is basically just a particular way of paying attention. It is a way of looking deeply into oneself in the spirit of self-inquiry and self-understanding”.*

(Kabat-Zinn, 1994, p. 12)

- iii. *“This is the only way, O bhikkhus, for the purification of beings, for the overcoming of sorrow and lamentation, for the destruction of suffering and grief, for reaching the right path, for the attainment of Nibbana, namely, the Four Arousings of Mindfulness”.*

(Thera, 1998)

- iv. *“Mindfulness practices do not exist in isolation but are embedded within a matrix of diverse techniques with various purposes and prerequisites. These can be grouped into five primary categories: (1) refining attention, (2) achieving insight through mindfulness, (3) cultivating a good heart, (4) exploring the ultimate nature of reality, and (5) realizing the Great Perfection – the culmination of the path to enlightenment”.*

(Wallace, 2011, p. 2)

- v. *“They often leave with fewer and less severe physical symptoms and with greater self-confidence, optimism, and assertiveness. They are more patient with and more accepting of themselves and their limitations and disabilities. They are more confident about their ability to handle physical and emotional pain, as well as the other forces in their lives. They are also less anxious, less depressed, and less angry. They feel more in control, even in very stressful situations that previously would have sent them spinning out of control”.*

(Kabat-Zinn, 1990, p. 7)

- vi. *“We routinely and unknowingly waste enormous amounts of energy in reacting automatically and unconsciously to the outside world and to our own inner experiences. Cultivating mindfulness means learning to tap and focus our own wasted energies. [...] Cultivating mindfulness can lead to the discovery of deep realms of relaxation, calmness and insight within yourself”.*

(Kabat-Zinn, 1990, p. 11)

- vii. *“a willingness to experience psychological events (thoughts, feelings, memories) without having to avoid them or let them unduly influence behavior”.*

(Herbert e Forman, 2001, p. 12)

- viii. *“allowing, tolerating, embracing, experiencing, or making contact with a source of stimulation that previously provoked escape, avoidance, or aggression”.*

(Herbert e Forman, 2011, p. 12)

- ix. *“Self-compassion is an emotionally positive self-attitude that should protect against the negative consequences of self-judgement, isolation, and rumination (such as depression)”.*

(Neff, 2003)

- x. *“Until recently the very word meditation tended to evoke raised eyebrows and thoughts about mysticism and hocus-pocus in many people. In part, that was because people did not understand that meditation is really about paying attention”.*

(Kabat-Zinn, 1990, p. 12)

- xi. *“Mindfulness, as applied to eating, has been defined as ‘a nonjudgmental awareness of physical and emotional sensations associated with eating’”.*

(Framson *apud* Albers, 2010)

- xii. *“For psychotherapy practitioners who are interested in integrating mindfulness approaches into their clinical practices, we would like again to emphasize the importance of therapists developing and maintaining their own personal mindfulness practices before beginning to guide others in the cultivation of mindfulness. [...] To teach the essence of mindfulness, we submit that you must have experienced the multitude of challenges inherent in developing this rigorous daily discipline. You must have personally experienced the benefits of mindfulness and the consequences of lapses of mindfulness within yourself; and you must act and speak with mindfulness to those who wish to learn this most challenging and most rewarding of human phenomena”.*

Baer, 2005, p. 164-5)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akritis MG, Brunner E. Nonparametric models for ANOVA and ANCOVA: a review. In: Akritis MG, Politis DN, editors. *Recent advances and trends in nonparametric Statistics*. Elsevier; 2003. p. 79-91.

Albers S. Using mindful eating to treat food restriction: A case study. *J Eat Disord*. 2010;19(1):97-107.

Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil [Internet]. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2008;24(3):503-12 [citado 2015 Sep 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/04.pdf>.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2000.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.

Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(Supl 2):28-31.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen, S. Mortality rates in patients with Anorexia Nervosa and other Eating Disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.

Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman RL. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med*. 2006;12(8):817-32.

Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *J Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):125-43.

Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence and application [Kindle version]. Boston (USA): Academic Press; 2006.

Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness-Based Cognitive Therapy applied to binge eating: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2005;12:351-8.

Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45;Mar.

Baer R, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, Walsh E, Duggan D, Williams JM. Construct validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329-42;Sep.

Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:953-9.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical Anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.

Beck AT, Steer R, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:53-63.

Benson H, Klipper MZ. *The Relaxation Response*. New York: HarperCollins; 1975/2000.

Benson H, Marzetta BR, Rosner BA, Klemchuk HM. Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. *Lancet*. 1974;1(7852):289-91;Feb.

Bighetti, F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Bishop RS, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: a proposed operational definition. *J Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3):230-41.

Bond FW, Hayes SC, Steven C, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: a revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*. 2011[cited 2011 Nov 28];42(4):676-88. Available from: <http://eprints.gold.ac.uk/5531/>.

Bower G. Mood and Memory. *American Psychologist*. 1981;36(2):129-48.

Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48.

Cardoso R, de Souza E, Camano L, Leite JR. Meditation in Health: an operational definition. *Brain Res Protoc*. 2004;14:58-60.

Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *J Behav Med*, 2008;31:23-33.

Carmody J, Baer RA, Lykins EL, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *J Clin Psychol*, 2009;65(6):613-26.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios Diagnósticos para os Transtornos Alimentares: Conceitos em Evolução. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 3):7-12.

- Chebat JC, Chebat CG, Vaillant D. Environmental background music and in-store selling. *J Bus Res.* 2001;54:115-23.
- Chen EY, Segal K, Weissman J, Zeffiro TA, Gallop R, Linehan MM, Bohus M e Lynch TR. Adapting Dialectical Behavior Therapy for outpatient adult Anorexia Nervosa: a pilto study. *Int J of Eat Disord.* 2015;48:123-32.
- Christopher MS, Neuser NJ, Minhael PG, Baitmangalkar A. Exploring the psychometric properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness.* 2012;3:124-31.
- Cordás TA. Questionário de imagem corporal – versão para mulheres. In: Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos; 2000. p. 352-3.
- Cordás TA, Claudino AM. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 3):3-6.
- Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6:485-94.
- Courbasson CM, Nishikawa Y, Shapira LB. Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and Substance Abuse Disorder. *J Eat Disord.* 2010;19(1):17-33.
- Cowdrey FA, Park RJ. Assessing rumination in Eating Disorders. *Eat Behav.* 2011;12:321-4.
- Cowdrey FA, Park RJ. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eat Behav.* 2012;13:100-5.
- Crane RS, Kuyken W. The implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: learning from UK Health Service Experience. *Mindfulness.* 2012. doi 10.1007/s12671-012-0121-6.
- Cunha JA. *Manual de versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Dakwar E, Levin FR. The emerging role of meditation in addressing psychiatric illness, with a focus on Substance Abuse Disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(4).
- Davidson R, Kabat-Zinn J, Shumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65:564-70.
- Dejong H, Broadbent H, Schmidt U. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord.* 2012;45:635-47.
- Didonna F, editor. *Clinical handbook of mindfulness.* New York: Springer Science; 2009.
- Duchesne M, Almeida PEM. Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 3):49-53.

Fairburn CG. A cognitive behavioral approach to the treatment of Bulimia Nervosa. *Psychol Med*. 1981; 11:707-11.

Fairburn CG, Harrison PJ. Seminar: Eating Disorders. *Lancet*. 2003;361:407-16.

Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*. 2009;9:67.

Fontenelle LF, Cordás TA, Sassi E. Transtornos alimentares e os espectros de humor e obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 3):24-8.

Fortney L, Taylor M. Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice. *Primary Care Clin Office Pract*. 2010;(37):81-90.

Fox KCR, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, Sedlmeier P, Christoff K. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;43:48-73.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12:871-78.

Godart NT, Berthoz S, Perdereau F, Jeammet P [Letter to the editor]. Comorbidity of Anxiety with Eating Disorders and OCD. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2.

Godart NT, Flament, MF, Lecrubrier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: comorbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*. 2000;15(1):38-45.

Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, Flament MF. Comorbidities studies of Eating Disorders and Mood Disorders: critical review of literature. *J Affect Disord*. 2007;97:37-49.

Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2015;38:348-62.

Godfrin KA, Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res and Therapy*. 2010;48:738-46.

Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med*. 2013;21:430-9.

Goleman D. *The meditative mind: the varieties of meditative experience* [Kindle version]. Massachusetts: More than Sound Books; 2012.

Gorenstein C, Andrade LHS. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):245-50.

Granger D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders Position Paper: the role of family in Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(1):1-5.

Grave RD. Eating Disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*. 2011;22:153-60.

Greenson JM. Mindfulness research update: 2008. *Complement Health Pract Rev*. 2009;14(1):10–8;Jan 1.

Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom*. 2007;76:332-8.

Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, Mahowald M, Cramer-Bornemann M. Mindfulness-Based Stress Reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized clinical trial. *Explore (NY)*. 2011;7(2):76-87.

Grossman P. Mindfulness for psychologists: paying kind attention to the perceptible. *Mindfulness*. 2010;1:87-97.

Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and health benefits: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004;57:35-43.

Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnosis in Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:712-8.

Hanh TN. The heart of the Buddha's teachings: transforming suffering into peace, joy and liberation. New York: Broadway Books; 1998.

Hankey A. Studies of advanced stages of meditation in the Tibetan Buddhist and Vedic Traditions. I: A comparison of general changes. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006;3(4):513-21;Dec.

Harney MB, Fitzsimmons-Craft EE, Maldonado CR, Bardone-Cone AM. Negative affective experiences in relation to stages of Eating Disorder recovery. *Eat Behav*. 2013;15:24-30.

Hartelius G, Caplan M, Rardin MA. Transpersonal Psychology: defining the past, divining the future. *The Human Psychologist*. 2007;35(2):1-26.

Hay P. Epidemiologia dos Transtornos Alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 3):13-7.

Hayes S C, Strosahl KD, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004;54:553-78.

Heffner M, Sperry J, Eifert GH, Detweiler M. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with Anorexia Nervosa: a case example. *Cogn Behav Pract*. 2002;9:232-6.

Herbert JD, Forman EM, editors. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: understanding and applying the new therapies [Kindle version]. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.

Herpertz-Dahlmann B. Adolescents Eating Disorder: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;18:31-47.

Herpertz-Dahlmann B. Adolescents Eating Disorder: update on definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24:177-96.

Hodgins HS, Adair KC. Attentional processes and meditation. *Conscious Cogn*. In press 2010. doi:10.1016/j.concog.2010.04.002.

Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness practice leads to increases in regional Brain Gray Matter Density. *Psychiatry Res*. 2011;191(1):36-43.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of Eating Disorders in the national Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348-58.

Jacobi C, Hayward C, Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factor for Eating Disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004;130(1):19-65.

Jain FA, Walsh RN, Eisendrath SJ, Christensen S, Cahn BR. Critical analysis of the efficacy of meditation therapies for acute and subacute phase treatment of Depressive Disorders: a systematic review. *Psychosom Med*. In press 2015.

Jain S, Shapiro S, Swanik S, Roesch S, Mills P, Bell I, Schwartz G. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med*. 2007;33(1):11-21.

Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4:33-47.

Kabat-Zinn, J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness* [Kindle version]. Cambridge (England): Delta Books; 1990.

Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *J Clin Psychol*. 2003;10:144-56.

Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the treatment of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*. 1992;149:936-43.

Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, Hosmer D, Bernhard JD. Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe Psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med*. 1998;60:625-32.

Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav*. 2014;15:197-204.

- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2215-21.
- Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of Eating Disorders and Anxiety Disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;38:99-105.
- Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1041-56;Aug.
- Klimecki OM, Leiberg S, Lamm C, Singer T. Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cereb Cortex*. 2012;Jun. doi:10.1093/cercor/bhs142.
- Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R. Mindfulness-based approaches to Eating Disorders. In: Baer R. *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's Guide to Evidence and Application*. San Diego (CA): Elsevier Academic Press; 2005.
- Kristeller JL, Hallett CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *J Health Psychol*. 1999;4(3):357-63;May.
- Kristeller JL, Quillian-Wolever R. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011;19(1):49-61.
- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, Reinecker H. Dialectical Behavior Therapy and an added cognitive behavioral treatment module for Eating Disorders in women with Borderline Personality Disorder and Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa who failed to respond to previous treatments: an open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010; 41:381-8.
- Lieberman MD, Inagaki TK, Tabibnia G, Crockett MJ. Subjective responses to emotional stimuli during labeling, reappraisal, and distraction. *Emotion*. 2011;11(3):468-80.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:1060-4.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA*. 2008;300(11);Sep 17.
- Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-Term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2004;101(46):16369-73;Nov 16.
- Lutz A, Lewis JB, Johnstone T, Davidson, RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One*. 2008; 3(3): e1897;Mar 16. doi:10.1371/journal.pone.0001897.
- MacLean KA, Ferrer E, Aichele SR, Bridwell DA, Zanesco PA, Jacobs TL, King BG, Rosenberg EL, Sahdra BK, Shaver PR, Wallace BA, Mangun GR, Saron CD. Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychol Sci*. 2010;21(6):829-39.

- Maia BR, Soares MJ, Gomes A, Marques M, Pereira AT, Cabral A, Valente J, Bos SC, Pato M, Pocinho F, Azevedo MH, Macedo A. *Perfeccionismo no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e nos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(4):322-27.
- Mairal JB. Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Rev Int Psicol Ter Psicol.* 2004;4(3):505-15.
- Maslow A. *Religions, values, and peak-experiences.* New York: Penguin Compass; 1964/1994.
- Maslow A. *Toward a psychology of being.* New Jersey: John Wiley & Sons; 1968/1999.
- Marlatt GA, George WH. Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *Br J Addict.* 1984;79:261-73.
- Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practice as a healthcare intervention: a systematic review. *Int J Osteopath Med.* 2010;13:56-66.
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, Keck PA, Nolen WA, Kupka R, Post RM. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;128:191-8.
- Meng X, D'Arcy C. Comorbidity between lifetime eating problems and mood and Anxiety Disorders: results from the Canadian Community Health Survey of Mental Health and Well-Being. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23:156-62.
- Mintz LB, O'Halloran MS. The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV Eating Disorder criteria. *J Pers Assess.* 2000;74(3):489-503.
- Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behav Res Ther.* 2007;45:3088-95.
- Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. Mindfulness meditation training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adulthood: current empirical support, treatment overview, and future directions. *Cogn Behav Pract.* 2015;22(2):172-191;May.
- Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:611-27.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Guidelines for Eating Disorders – CG9*; 2004[cited: 2015 Sep 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg9/chapter/key-priorities-for-implementation>.
- Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity.* 2003;2:85-101.
- Neff K, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Persy.* 2007;77(1):23-50.
- Nolen-Hoeksema S. Responses to Depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):569-82.

- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(3):504-11.
- Nyklicek, I, Kuijpers KF. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med.* 2008;35:331-40.
- O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev.* 2003;23:57-74.
- Ott MJ, Norris RL, Bauer-Wu SM. Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integr Cancer Ther.* 2006;5(2):98-108.
- Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent Major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2001;8:1160-4.
- Pelletier CL. The effect of music on decreasing arousal due to stress: a meta-analysis. *J Music Ther.* 2004;41(3):192-214.
- Pinto-Gouveia J, Gregório S. Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Avaliação Psicológica em Contexto Clínico.* 2011;54:259-80.
- Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of Eating Disorders in six european countries: results on the ESEMeD-WMH investigators. *J Psychiatr Res.* 2009;43:1125-32.
- Proulx K. Experiences of women with Bulimia Nervosa in a mindfulness-based eating disorders treatment group. *Eat Disord.* 2008;16:52-72.
- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past Depression. *Cognit Ther Res*, 2004; 28(4) August: 433-455.
- Rawal A, Park RJ, Enayati J, Williams MG. A mindful approach to eating disorders. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal.* 2009;9(4);Oct 1.
- Rawal A, Park RJ, Williams MG. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behav Res and Therapy.* 2010;48:851-9.
- Reavley N, Pallant JF. Development of a scale to assess meditation experience. *Pers Individ Dif.* 2009;47:547-52.
- Rubia K. The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biol Psychol.* 2009;82:1-11.
- Russell TA Body in Mind Training: mindful movement for severe and enduring mental illness. *British Journal of Wellbeing.* 2011;2(4):13-6.
- Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S. Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord.* 1996;20(3):315-9.
- Safer DL, Lock J, Couturier JL. Dialectical Behavior Therapy modified for adolescent Binge Eating Disorder: a case report. *Cogn Behav Pract.* 2007;14:157-67.

Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy adapted for Bulimia: a case report. *Int J Eat Disord*. 2001;30:101-6.

Saikali CJ; Soubhia, CS; Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004;31(4):164-6.

Sandoz EK, Wilson K, DuFrene T. Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: a process-focused guide to Anorexia and Bulimia [Kindle edition]. California: New Harbinger Publications, 2010.

Segal ZL, Bieling P, Young T, MacQuenn G, Cooke R, Martin L, Bloch R, Levitan RD. Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(12):1256-64.

Segal ZL, Williams JMG, Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a new approach to preventing relapse. 1st ed. England: Guilford Press; 2001.

Segal ZL, Williams JMG, Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a new approach to preventing relapse. 2nd ed. England: Guilford Press; 2012.

Seggar LB, Lambert MJ, Hansen NB. Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behav Ther*. 2002;33:253-69.

Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress. *Am Psychol*. 2006;60(5):410-21.

Serpel L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia Nervosa: Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder, or neither? *Clin Psychol Rev*. 2002;22:647-69.

Shapiro S, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006; 62(3):373-86.

Simkin DR, Black NB. Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23:487-534.

Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs*. 2005;52(3):315-27. Nov.

Suzuki S. *Zen mind, beginner's mind*. 40th anniversary ed. Boston: Shambala Publications; 2011.

Teasdale JD. Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science. *Behav Res Ther*. 1993;31(4):339-54; May.

Teasdale JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behav Res Ther*. 1999;37(Supp 1):S53-S77. Jul.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther.* 1995;33(1):25-39.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby J, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence of Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615-23.

Thera S. *The Way of Mindfulness. The Sattipatthana Sutta and its commentary* [online]. 1998 [cited 2015 Sep 12]. Available from: <http://www.accesstoinight.org/lib/authors/soma/wayof.html#comment>.

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Seminar: Eating Disorders. *Lancet.* 2010;375:583-93.

Uleman, JS, Bragh JA. *Unintended thought*. New York: Guilford Press; 1989.

Wallace BA. *A Revolução da atenção: revelando o poder da mente focada*. Petrópolis: Vozes; 2006.

Wallace BA. *Minding closely: the four applications of mindfulness* [Kindle edition]. New York: Snow Lion Publication; 2011.

Wallace BA, Shapiro S. Mental balance and well-being. *Ame Psychol.* 2006;61(7):690-701.

Wanden-Berghe RG, Valero JS, Wanden-Berghe C. The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eat Disord.* 2011;19:34-48.

Watkins, E. Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behav Res Ther.* 2004;42:1037-52.

Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *J Affect Disord.* 2004;82:1-8.

Weng HY, Fox AS, Shackman AJ, Stodola DE, Caldwell JZK, Olson MC, Rogers GM, Davidson RJ. Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. *Psychol Sci.* 2013;24(7):1171-80.

Williams MG, Teasdale J.D, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(1):150-5.

Winbush NY, Gross CR, Kreitzer MJ. The effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore (NY).* 2007;3:585-91.

Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(3):362-74.

Witkiewitz K, Marlatt AG, Walker D. Mindfulness-Based Relapse Prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005;19(3).