



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)

MICAEL SANTANA RIZZUTI

**USO DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS NA PREVENÇÃO
DE RECAÍDA PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

SALVADOR - BA

2015

MICAEL SANTANA RIZZUTI

**USO DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS NA PREVENÇÃO
DE RECAÍDA PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito de avaliação da disciplina TCC III, no curso de Psicologia, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Orientador: Prof. Ms Gustavo Siquara

SALVADOR – BA

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Rizzuti, Micael Santana

Uso da terapia cognitiva baseada em mindfulness na prevenção de recaída para pacientes com depressão: uma revisão sistemática / Micael Santana Rizzuti . – Salvador, 2015.

34f.

Orientador: Gustavo Siquara.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Colegiado de Psicologia. Campus I.

Contém referências.

1. Depressão mental - Tratamento. 2. Terapia cognitiva. I. Siquara, Gustavo. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação.

CDD: 616.852

MICAEL SANTANA RIZZUTI

**USO DA TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM MINDFULNESS NA PREVENÇÃO
DE RECAÍDA PARA PACIENTES COM DEPRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito de avaliação da disciplina TCC III, no curso de Psicologia, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Salvador, 18 de novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Gustavo Marcelino Siquara

Prof. Cássio dos Santos Lima

Prof.^a Ludimila Mota Nunes

RESUMO

O trabalho de conclusão de curso a seguir teve como objetivo analisar a eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na prevenção de recaída em pacientes com remissão de episódio depressivo maior. Realizou-se uma revisão de 9 artigos publicados encontrado nos periódicos SciELO, Pubmed e LILACS. Os resultados dos artigos selecionados foram divididos em tópicos envolvendo participantes, instrumentos utilizados, eficácia na depressão, ideação suicida, ruminação e benefícios da MBCT. Os artigos revisados apresentaram resultados efetivos diante de seus objetivos a partir do uso da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness com prevenção de recaída e melhora dos sintomas residuais em pacientes com depressão. Nos resultados mais modestos, com o uso da MBCT, foi pelo menos tão efetivo quanto uso de antidepressivos em comparação a outros tratamentos. Sendo assim, a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness se apresenta como uma alternativa efetiva na prevenção de recaídas para pacientes com depressão maior recorrente e diminuição dos sintomas depressivos residuais. Além disso, apresentou diversos benefícios para vida do sujeito envolvendo melhora na qualidade de vida, humor e diminuição de risco de suicídio sem os efeitos colaterais dos medicamentos antidepressivos.

Palavras-chave: *Depressão. Mindfulness. MBCT. Revisão Sistemática.*

ABSTRACT

The following term paper was to analyze the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Theory in relapse prevention in patients with major depressive episode remission. It was conducted a review of nine published articles found in the journals SciELO, PubMed and LILACS. The results of the selected articles were divided into topics involving participants, instruments used, efficacy in depression, suicidal ideation, rumination and benefits of MBCT. The articles reviewed showed effective results on their goals from the use of Mindfulness Based Cognitive Therapy with relapse prevention and improvement of residual symptoms in patients with depression. In the most modest results, with the use of MBCT, it was at least as effective as antidepressants compared to other treatments. Therefore, the Cognitive Theory Based Mindfulness is presented as an effective alternative in preventing relapses in patients with relapsing major depression and reduction of residual depressive symptoms. It also presented several benefits for the individual's life involving improved quality of life, mood and decreased suicide risk without the side effects of the antidepressant drugs.

Keywords: *Depression. Mindfulness. MBCT. Sistematic Review.*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
1. INTRODUÇÃO	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1. MINDFULNESS	13
2.2. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASEADA EM MINDFULNESS	17
3. MÉTODO	19
3.1. Base de dados e estratégia de busca	19
3.2. Método de seleção dos artigos	19
Identificação	20
Seleção	20
Elegíveis	20
Inclusos.....	20
3.3. Procedimentos de análise dos dados	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1. Participantes dos estudos	23
4.2. Instrumentos	23
4.3. Depressão	24
4.4. Ideação suicida	26
4.5. Ruminação	27
4.6. Benefícios da MBCT	28
4.7. Resumo	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
6. LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES	30
7. REFERÊNCIAS	31

LISTA DE SIGLAS

AD	Antidepressivos
ACT	Terapia de Aceitação
BDI	Escala de depressão de Beck
HAMD	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBCT	Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness
MBRS	Programa de Redução do Estresse
SciELO	Scientific Electronic Library Online
TCAP	Transtorno da compulsão alimentar periódica
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCD	Terapia Comportamental Dialética
TU	Tratamento usual

1. INTRODUÇÃO

O Mindfulness nos últimos 30 anos tornou-se de grande interesse para a Medicina e a Psicologia, chamando a atenção para seu uso terapêutico (LUDWIG & KABAT-ZINN, 2008; KABAT-ZINN, 1990 apud BISHOP et al., 2004). Ao mesmo tempo estava havendo pesquisas evidenciando a relação da espiritualidade com saúde física, mental e qualidade de vida. Jon Kabat-Zinn com essas pesquisas e o interesse terapêutico que estava surgindo incorporou algumas práticas budistas na medicina comportamental onde ele visava reduzir o estresse e dores crônicas (PANZINI, 2007; LOPES et al., 2012).

Segundo Ludwig & Kabat-Zinn (2008), o Mindfulness é uma capacidade humana universal de estimular a pensar claramente e aberto. O objetivo é manter-se consciente do momento desatando-se de fortes crenças, pensamentos ou emoções. Por conseguinte desenvolve-se melhor senso de equilíbrio emocional e bem-estar. Outra definição mais descritiva é o Mindfulness como a consciência que emerge quando prestamos atenção para uma experiência particular, no presente e de forma não-julgadora (CRANE, 2009).

Na psicologia o Mindfulness foi adotado como uma técnica sistematizada, possível de ser ensinada e treinada (LOPES et al., 2012). Na psicoterapia se utiliza para aumentar a percepção e reações habilidosas para processos mentais que contribuem para o estresse emocional e comportamento mal adaptado (BISHOP et al., 2004). A prática do Mindfulness aumentou o interesse no início dos anos 90 na aplicação clínica especialmente depois do desenvolvimento do programa de redução do estresse baseada no Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction - MBRS). O programa foi desenvolvido por Kabat-Zinn e tinha como objetivo o manejo da dor crônica e transtornos emocionais e comportamentais. (BISHOP et al., 2004; LOPES et al., 2012; KABAT-ZINN, 1998 apud BISHOP et al., 2004, VANDENBERGHE E SOUSA 2006 apud KABAT-ZINN 1990). Nos dias de hoje, além da MBRS, a aplicação do Mindfulness tem se destacado em diversas abordagens como a Gestalterapia e Terapias Cognitivo-Comportamentais, como exemplo a Terapia de Aceitação (ACT), Terapia

Comportamental Dialética (TCD), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) (LOPES et al., 2012). Apesar de haver diversas abordagens que utilizam o Mindfulness, as práticas de meditação direcionadas para o tratamento de sintomas são semelhantes nas formas e objetivos (BISHOP et al., 2004).

A literatura atualmente tem buscado investigar o uso do Mindfulness em diversos tratamentos e para diversos transtornos (LOPES et al., 2012), tais como: doenças crônicas, prevenção de recaída de depressão, abuso de substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade, estresse, transtorno de personalidade borderline, transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), tricotilomania, entre outros (KEUTHEN, 2012; BAER, 2003; TELCH, AGRAS & LINEHAN, 2001; CRANE, 2009; LINEHAN, 1993; TEASDALE et al., 2000; BISHOP et al., 2004; KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN et al., 1992; TEASDALE ET AL., 1995). De acordo com Hardt et al. (2011), há evidências de que as habilidades em Mindfulness está ligada à saúde física e mental. Em uma pesquisa realizada por Brown & Ryan (2003), pessoas que obtêm resultados mais altos em escalas de ligadas a habilidade do Mindfulness indicam terem maior consciência e receptividade da suas experiências internas e comportamentos. Esses resultados sugerem que esses indivíduos têm maior sintonia com suas emoções e habilidades para os modifica-los. Desta forma, há menores correlações das habilidades que são desenvolvidas no Mindfulness com distúrbios do humor, estresse, ansiedade e prevenção de recidiva (BROWN & RYAN, 2003; BAER, 2003; KABAT-ZINN, 2003; BISHOP et al., 2004). O treinamento em Mindfulness aborda uma habilidade de auto regulação cujo déficit pode estar envolvido em uma variedade de dificuldades psicológicas (HEEREN & PHILIPPOT, 2010). Além disso, o estudo indica que o treinamento em Mindfulness reduz ruminação mal adaptativa e aumenta a ruminação adaptativa.

Um dos transtornos que tem sido utilizado o Mindfulness no seu tratamento é a depressão maior. De acordo com a World Federation For Mental Health (WFMH, 2012) a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, distúrbios do sono ou apetite, cansaço mental, e baixa concentração.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014) existem diversos transtornos depressivos como desregulação de humor disruptiva, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (disritmia), distúrbio disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por medicamento/substância, transtorno depressivo devido condição médica, outro transtorno depressivo específico e transtorno depressivo não específico. O que há de comum nesses transtornos depressivos é o sentimento de tristeza, vazio, ou irritação, acompanhado mudanças somáticas e cognitivas que modificam de forma expressiva a capacidade funcional do indivíduo. Entre esses transtornos, existe uma diferença de duração, momento, ou etiologia presumida. A depressão maior é caracterizada por episódios discretos com duração de pelo menos 2 semanas (apesar de na maioria dos casos durarem mais tempo) envolvendo mudanças nítidas na afetividade, cognição, e funções neurovegetativas e inter-episódios de remissão.

A depressão maior, pode atingir qualquer indivíduo, de criança a idoso, e é uma das doenças mais prevalentes mundialmente que apresentam comorbidades. Atualmente estima-se que existam 350 milhões de pessoas que sofrem de depressão, sendo esta, a terceira no ranking de causa mundial de doenças em 2004 e estima-se que em 2030 se tornara a primeiro lugar. A depressão tem maior probabilidade de se desenvolver em indivíduos que possuem certas condições específicas tais como: gênero feminino ou homem se separado/divorciado, predisposição genética, exposição a violência ou outras doenças crônicas (WFMH 2012).

O paciente após o primeiro episódio depressivo tem boas probabilidades de entrar em remissão de sintomas de forma espontânea. Porém, em longo prazo há uma probabilidade de recidiva de 50-90% dos casos (MUELLER et al. 1999). Após o primeiro episódio depressivo o paciente possui 35% de ter uma recaída próxima recaída. Além disso, a probabilidade de ter uma recaída aumenta com cada episódio depressivo (EATON et al., 2008). O tratamento usual costuma ser administração de antidepressivos, porém este método possui colaterais que podem comprometer mais ainda o paciente e seu engajamento no tratamento (AALDEREN et al., 2011). Medicamentos antidepressivos apresentam

colaterais do medicamento, interações medicamentosas e em alguns casos até mesmo são necessárias uma dieta específica devido seus efeitos no organismo (MORENO, MORENO & SOARES, 1999). A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness surge então como uma possibilidade de tratamento alternativo e mais efetiva que alguns tratamentos usuais (ver TEASDALE et al., 2000 & 2001) para a prevenção de recaídas em depressão recorrente (AALDEREN et al., 2011).

Não obstante, Kuyken et al. (2008) apresenta dados de que o MBCT é tão efetivo quanto manter uso de medicações antidepressivas para prevenir recaídas em pacientes com três ou mais episódios depressivos. Além disso, os pacientes que receberam o tratamento pela Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness citaram até menos sintomas depressivos e maior qualidade de vida (KUYKEN et al., 2008).

A depressão é um dos transtornos mais prevalentes, com altos índices de recaídas, onde o tratamento usual tem efeitos colaterais é necessário um tratamento diferente e mais efetivo. Com isso, este estudo tem o objetivo de fomentar o desenvolvimento de pesquisas na área que tem mostrado um grande potencial como tratamento alternativo para depressão recorrente sem efeitos colaterais dos tratamentos usuais e que tem apresentado impacto na ciência da saúde do século XXI.

A partir do exposto o objetivo geral do trabalho foi analisar a eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na prevenção de recaída em pacientes com remissão de episódio depressivo maior.

Os objetivos específicos foram: descrever a utilização do Mindfulness dentro da MBCT; investigar a utilização da MBCT no tratamento de prevenção de recaídas em pacientes com remissão dos sintomas de depressão maior; investigar as mudanças nas escalas de depressão após a intervenção da MBCT; analisar resultados dos estudos da MBCT no tratamento de prevenção de recaídas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção será trabalhado o histórico e princípios gerais do Mindfulness e da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness.

2.1. MINDFULNESS

O Mindfulness está baseado em um grande número de tradições espirituais antigas (CRANE, 2009). A espiritualidade tem se tornado um tema de grande interesse em publicações no contexto científico. Ao longo da história a Mindfulness tem sido associada a tradições religiosas e há alguns anos a ciência está investigando a sua utilização para o tratamento de algumas alterações emocionais. (STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2009 ;MOREIRA-ALMEIDA et al. 2006).

Segundo Mckay et al. (2007 apud LOPES et al., 2012; LOPES et al., 2012) existem relatos do Mindfulness como técnica e exercícios semelhantes em religiões como cristianismo, judaísmo, islamismo, porém recebeu mais destaque e continua tendo grande importância na religião Budista. O Mindfulness dentro da tradição Budista ocupa um papel central em um sistema desenvolvido para levar a cessação do sofrimento pessoal (THERA 1962, SILANANDA, 1990 apud BISHOP et al., 2004). Desta forma, os budistas a utilizam para trabalhar com as emoções tendo estabelecimento do foco no presente e a não adição de sofrimento na dificuldade e dor existente (GUNARATANA 2002 apud CRANE, 2009; LOPES et al., 2012).

No entanto, deve-se enfatizar que apesar de o Mindfulness ter raízes religiosas ele é utilizado desvinculado de religião ou esoterismo. O Mindfulness é uma habilidade inerente ao ser humano que pode ser potencialmente desenvolvida e aplicada (KABAT-ZINN, 2003).

O Mindfulness tem sido descrita como uma forma não elaboradora, não julgadora, de atenção centrada no presente a qual cada pensamento, sentimento ou sensação que surge é reconhecida e aceita da forma que é (BAER, 2003; BISHOP et al., 2004; KABAT-ZINN, 2003). Desta forma, o sujeito com esse foco no presente sem o avaliar, não ruma a respeito do passado ou fica se preocupando com o futuro (KABAT-ZINN 1999 apud FORKMAN et al., 2014). O termo Mindfulness refere-se a capacidade do sujeito de manter o foco em tudo que surja internamente ou externamente. Na percepção dos pensamentos, emoções, sensações e ações, não se julga ou critica a si mesmo ou a própria experiência (LOPES et al., 2012).

Apesar do Mindfulness ter recebido bastante destaque nas últimas décadas, havia avançado sem uma definição operacional. Segundo os autores Bishop et al. (2004) a definição operacional de Mindfulness abrange dois componentes modelos que envolvem a auto regulação da atenção e orientação para a experiência. A auto regulação da atenção abarca a consciência da experiência observando e atentando para mudança nos pensamentos, sentimentos e sensações de momento a momento. Porém, ao atentar-se a um pensamento, não se tenta suprimi-lo, apenas se nota e então volta a atenção para a respiração. Pois o estado de Mindfulness envolve apenas uma experiência direta da realidade ao invés de elaborações mentais. O treinamento de Mindfulness acredita-se estar associado com uma redução na tendência a ruminação e elaboração dos pensamentos (TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS, & MARK, 1995). Não obstante, o estado de auto observação causada pelo Mindfulness introduz um espaço entre a percepção e resposta do sujeito, com isso, permite que se responda a situações de forma mais refletida.

A orientação para a experiência se caracteriza em manter uma atitude de curiosidade sobre o que se pensa. Todos pensamentos, sentimentos e sensações que surgem são inicialmente vistos como relevantes e por isso possível a observação. No entanto, o sujeito não tenta produzir um estado específico como relaxamento ou mudar o que estar sentindo, apenas de “tomar nota” do que surge. Desta forma, há uma postura de aceitação com relação a cada momento vivido. Com a adoção dessa atitude de abertura diante de dores ou pensamentos e sentimentos espera-se que se modifique como eles são experienciados. A aceitação muda o significado subjetivo para o sujeito permitindo que o estresse emocional seja vivido de forma menos desagradável (BISHOP et al., 2004; HAYES et al., 1996; TEASDALE 1999). De outra forma, a prática do Mindfulness ocasiona oportunidades para se ganhar *insights* sobre a natureza dos pensamentos e sentimentos ao invés de serem percebidos como aspectos do *self* ou reflexões válidas da realidade (TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS, & MARK, 1995; TEASDALE 1999).

O Mindfulness segundo Ludwig & Kabat-Zinn (2008) pode influenciar de diversas formas a não-suscetibilidade do sujeito a uma doença ou na habilidade de recuperação de uma disfunção. Segundo eles através do treino

do Mindfulness o paciente pode enriquecer suas relações interpessoais e sociabilidade, perceber a severidade da dor de forma reduzida, aumentar sua habilidade em tolerar essa dor ou disfunção, reduzir seus níveis de estresse, ansiedade ou depressão. Como consequência pode haver diminuição do uso dos medicamentos analgésicos, ansiolíticos e/ou antidepressivos tendo assim menores efeitos colaterais e então melhor aderência aos tratamentos, na habilidade em refletir sobre escolhas, maior motivação para mudanças do estilo de vida envolvendo dietas, atividades físicas, cessação do tabagismo, ou outros comportamentos. Foi percebido também alterações no organismo também que afetam e melhoram a saúde, como no sistema nervoso autônomo, função neuroendócrina e no sistema imune.

Dados trazidos em uma revisão por BAER (2003) indicam haver cinco mecanismos derivados da auto-observação não julgadora e não evitativa do Mindfulness. Esses mecanismos explicam como a habilidade ajuda na redução de sintomas e na mudança de comportamento do sujeito.

O primeiro mecanismo citado é o da exposição. O Mindfulness através dessa observação aos sentimentos e emoções próprias pode trazer uma dessensibilização e redução das reações emocionais causadas pela dor, pânico e ansiedade (KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN et al., 1992; BAER 2003). Esse mecanismo encontra-se especialmente importante em casos como de pacientes com transtorno da personalidade borderline. Pois esses pacientes podem possuírem “fobia a emoções negativas” devido suas reações emocionais muito intensas (LINEHAN, 1993). Com isso essas pessoas, têm comportamentos mal adaptados na intenção de evitar essas respostas. E com a evitação, os pacientes não têm a oportunidade de aprenderem que podem tolerar as emoções negativas. A exposição prolongada da auto-observação dos pensamentos e emoções sem escapar ou evitá-los irá ajudar na diminuição das emoções negativas, extinção das respostas de medo e comportamentos de evitação (LINEHAN 1993, BAER 2003).

O segundo mecanismo é a mudança cognitiva. A prática de Mindfulness pode levar a alterações nas formas de pensar ou nas atitudes sobre o próprio pensamento (BAER, 2003). O sujeito passa a perceber que os pensamentos não são necessariamente verdades ou percepções exatas da realidade (KABAT-ZINN 1982; 1990 apud BAER, 2003; LINEHAN 1993). Não

obstante, o uso treinamento do Mindfulness, pode ajudar a pacientes com depressão a perceber pensamentos depressogênicos e redirecionar sua atenção, evitando a ruminação (TEASDALE, 1999; BAER, 2003).

Um terceiro fator influenciador é o do autocontrole que através do Mindfulness o sujeito desenvolve suas próprias respostas adaptativas novas para suas questões (KABAT-ZINN, 1982; BAER, 2003). O sujeito ao observar a si mesmo de forma mais atenta quanto seus comportamentos e pensamento pode adquirir melhor reconhecimento das consequências do comportamento invés de realizar julgamentos globais de si mesmo. Desta forma, aprende a desenvolver suas próprias respostas adaptativas novas e reduzir suas condutas mal adaptativas ou impulsivas diante da situação vivida (LINEHAN, 1993; BAER, 2003).

Um quarto mecanismo que não necessariamente seria o objetivo direto do Mindfulness, porém uma possível consequência do treinamento é o do relaxamento. A auto-observação pode causar em certos momentos uma agitação autonômica, pensamentos, tensão muscular ao vivenciar certas emoções e sentimentos. Porém, o Mindfulness por envolver técnicas de meditação pode levar a uma indução ao relaxamento (BAER, 2003).

O último fator é o da aceitação que segundo Baer (2003), o treinamento em Mindfulness pode fornecer ao sujeito um método para o treinamento de habilidades de aceitação. Hayes (1994, apud BAER, 2003) sugere que a aceitação envolve experienciar os eventos de forma plena como elas são. Desta forma, indivíduos podem aceitar experiências desagradáveis de transtornos como incômodas, porém possíveis de serem toleradas evitando numerosos comportamentos mal adaptativos para evitar a situação.

Através desses mecanismos percebe-se que o treinamento da habilidade Mindfulness tem semelhanças e diferenças com relação as terapias cognitivo-comportamentais. O treinamento da atenção direcionada pode resultar em exposição duradoura a sensações, pensamentos e emoções. Essa exposição indica que pode levar a dessensibilização das respostas condicionadas. Além disso, poderá haver mudança cognitiva ao visualizar o pensamento como um fenômeno temporário. O Mindfulness se diferencia das correntes cognitivo-comportamentais por não envolver avaliação do pensamento como racional ou distorcido, tarefas com objetivos específicos ou

de luta contra algo. Apesar de a atividade ser prescrita, não se possui um objetivo de mudar o pensamento, emoção ou dor que sinta, apenas observar sem julgamentos (BAER, 2003; WILLIAMS & KUYKEN, 2012).

2.2. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASEADA EM MINDFULNESS

A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em Mindfulness (MBCT) iniciou como um programa concebido para o treinamento de habilidades em grupo de indivíduos que sofrem de depressão recorrente e dessa forma estão vulneráveis a novos episódios. O foco da MBCT é tornar os indivíduos mais atentos (atingida através da prática do Mindfulness) dos pensamentos e sentimentos e a relacionar-se com eles de forma mais ampla e de perspectiva descentralizada. Dessa forma, ensinando-os habilidades para prevenir a escalção de padrões de pensamentos negativos em tempos de potencial recorrência/recaída (TEASDALE et al., 2000; CRANE, 2009). Pacientes com remissão de sintomas de depressão maior em situações de disforia tem um padrão de pensamento semelhante aos de um episódio de depressão. Esses padrões de pensamentos podem atuar mantendo e intensificando o estado de disforia evoluindo e auto-perpetuando ciclos de ruminativos de processamento cognitivo-afetivo (TEASDALE, 1988, 1997 apud TEASDALE et al., 2000). Acredita-se que o risco de recaída e recorrência seria menor em dois casos. O primeiro seria se os pacientes aprendessem a estarem mais conscientes de seus pensamentos e sentimentos negativos em tempos de potencial recaída/recorrência. O segundo seria caso os pacientes respondesse a esses pensamentos e sentimentos em formas que os permitissem a se desfazer do processamento ruminativo depressivo (NOLEN-HOEKSEMA, 1991 apud TEASDALE, 2000). O MBCT foi desenvolvido justamente para atingir esses pontos necessários para a diminuição da recorrência/recaída (TEASDALE et al., 1995).

O treinamento na habilidade Mindfulness pode ser feito de acordo com o padronizado por Segal et al. (2012). O treinamento consiste em 8 semanas de sessões de duas horas e meia e um dia de silêncio de seis horas de meditação. Além disso, os pacientes são instruídos a praticarem seis vezes na semana de 30 a 60 minutos. Para auxiliá-los com a prática em suas

residências entrega-se cds com guias e exercícios de meditação (SEGAL et al., 2002). O programa tem em seu núcleo a prática do Mindfulness trazendo a estrutura e processo do Programa de Redução do Estresse Baseado em Mindfulness. Além disso, integra alguns aspectos da TCC com o MBRS formando assim a Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Mindfulness (CRANE, 2009). Ressalta-se entretanto que diferente da TCC (BECK, 2013), a MBCT não tem ênfase em mudar os conteúdos dos pensamentos, a ênfase na verdade é em mudar a consciência e relação com os pensamentos. Os aspectos integrados são os que facilitam visões “descentralizadas” como “pensamentos não são fatos e “eu não sou meus pensamentos” (TEASDALE et al., 2000). Devido esse aspecto da MBCT não tentar modificar os pensamentos, o treinamento pode ser feito em períodos de remissão do transtorno utilizando experiências do dia a dia como objeto de treinamento (TEASDALE et al., 2000).

A TCC contribui nesta abordagem dispondo de uma estrutura cognitiva subjacente e compreensão sobre a depressão. Além disso contribui devido ter se mostrado efetiva em reduzir as taxas de recaída e recorrência da depressão e para aparentemente ambos os sexos (DOBSON, 1989; BECK et al., 1997; TEASDALE et al., 2000). No estudo de Dobson (1989) apresenta dados indicando que a TCC tem se mostrado mais efetiva do que o tratamento farmacológico sozinho e a terapia comportamental somente (DOBSON, 1989). Uma metanálise de estudos de 1967 a 2003 envolvendo 9138 sujeitos com diversos transtornos, demonstrou grandes impactos da TCC em 90% dos sujeitos tratados com depressão unipolar (BUTLER et al., 2005 apud BECK, 2005).

A MBCT de acordo com um estudo randomizado clínico de Teasdale et al. (2000) administrado em pacientes com transtorno depressivo indicou que pode diminuir aproximadamente pela metade o número de reincidência/recaída. Além disso, tem se mostrado como uma opção rentável por ser oferecido o treinamento de habilidades em grupo.

3. MÉTODO

3.1. Base de dados e estratégia de busca

O trabalho consiste em revisão de artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais. A busca de publicações foi realizada nos seguintes bancos de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed. Para isso foram utilizados os seguintes descritores: Mindfulness e Depressão em português e *Mindfulness* e *Depression* em inglês.

3.2. Método de seleção dos artigos

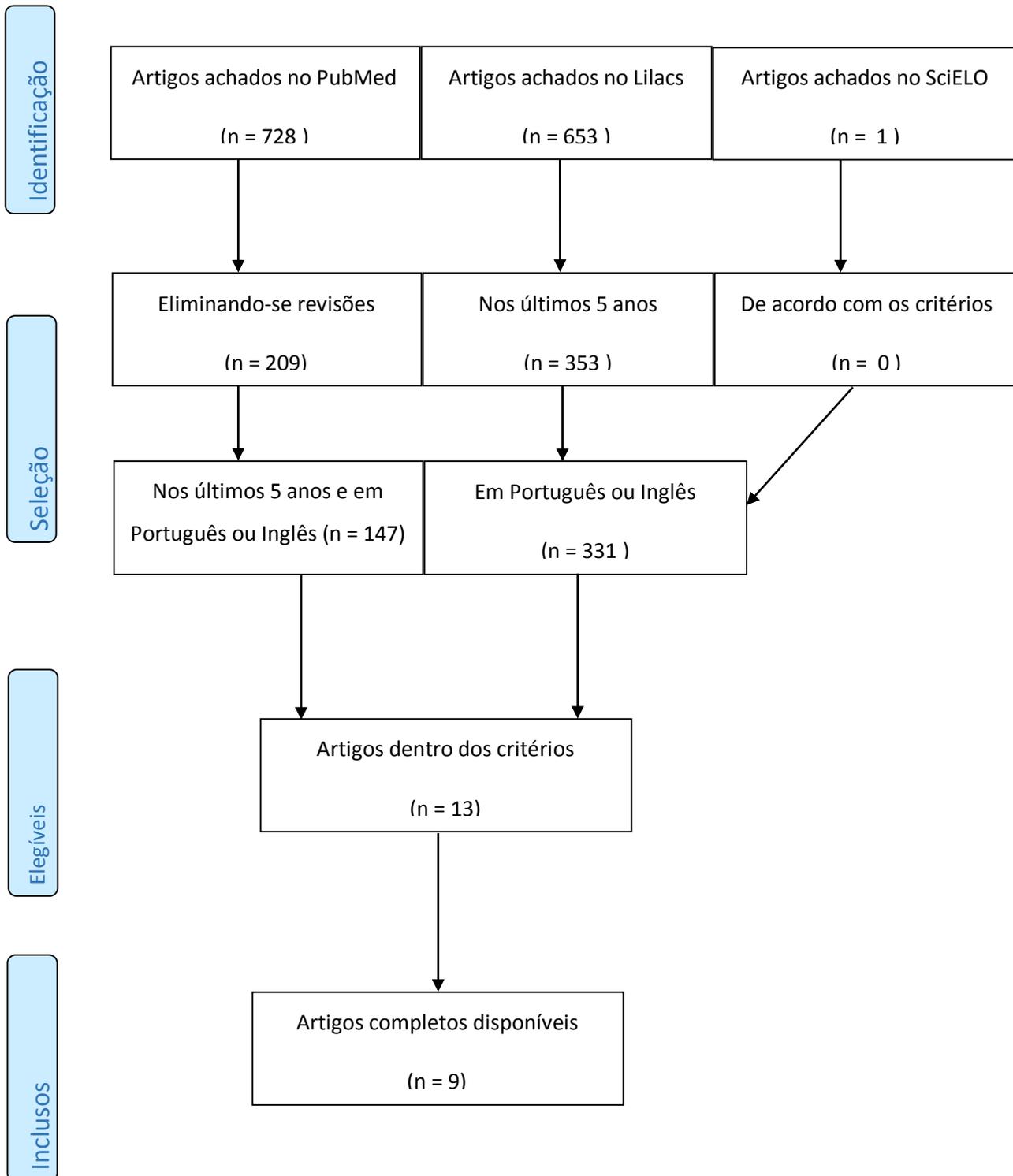
Foram selecionados artigos escritos nos idiomas português e/ou inglês, sendo publicados no período de 2010 a 2015. Apenas estudos clínicos foram mantidos na pesquisa, havendo assim exclusão dos estudos de revisão.

Com o intuito de refinar a busca e selecionar os artigos para a presente revisão alguns critérios de inclusão e exclusão foram eleitos. De acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados os estudos que tenham trabalhado com a prevenção de recaídas em pacientes com remissão dos sintomas de depressão maior. Ademais, os pacientes haviam sido diagnosticados pelos critérios do DSM-IV (2000) e/ou DSM-IV axis I (FIRST, SPITZER, GIBBON, & WILLIAMS, 2002) e tido pelo menos 2 episódios anteriores. Foram excluídos os artigos que envolviam o uso da MBCT de forma informal, em casa ou via internet/telefone. Também foram descartados os artigos que, apesar de constarem no resultado da busca, não estavam disponíveis para o download do texto na íntegra. Artigos que eram apenas a proposta de estudo foram excluídos devido a falta de dados e conclusões.

A busca e seleção dos artigos procederam-se da seguinte forma: na data 16 de Junho de 2015 pesquisou-se os descritores citados anteriormente no Pubmed e em 29 de Julho de 2015 no LILACS e no SciELO. Do banco de dados SciELO não foi selecionado nenhum artigo devido a este banco apresentar apenas um artigo na busca, sendo este em desacordo com o tema.

No total foram achados 9 artigos que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão dos data-base analisados. Segue abaixo o fluxograma 1 que ilustra a busca de artigos:

FLUXOGRAMA - 1



FONTE: Próprio Autor

3.3. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos a partir dos artigos foram documentados em uma tabela Microsoft Excel® registrando as seguintes informações: 1) Autores e Data de Publicação; 2) Objetivo do estudo; 3) Número de participantes; 4) Intervenções comparadas utilizadas; 5) Período de pós-acompanhamento; 6) Resultado da(s) escala(s) HAMD (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton) e/ou BDI (Inventário de depressão de Beck) antes da intervenção pela MBCT; 7) Resultado da(s) escala(s) HAMD e/ou BDI antes da intervenção por tratamento usual e/ou uma forma de psicoterapia; 8) Resultado da(s) escala(s) HAMD e/ou BDI antes do grupo controle; 9) Resultado da(s) escala(s) HAMD e/ou BDI após a intervenção da MBCT; 10) Resultado da(s) escala(s) HAMD e/ou BDI após a intervenção por tratamento usual e/ou uma forma de psicoterapia; 11) Resultado da(s) escala(s) HAMD e/ou BDI do grupo controle após o período de intervenção; 12) Conclusão do estudo.

O quadro 1 que segue na página seguinte demonstra os dados colhidos:

QUADRO 1 -

ESTUDOS	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES COMPARADAS UTILIZADAS	PPA (Meses)	MÉDIA NAS ESCALAS DE DEPRESSÃO						CONCLUSÃO
					ANTES DA INTERVENÇÃO			APÓS A INTERVENÇÃO			
				MBCT (HAM D/BDI)	TU e/ou outra forma de psicoterapia (HAM/D/BDI)	Grupo controle e ou TU (D/BDI)	MBCT (HAM D/BDI)	TU e/ou outra forma de psicoterapia (HAM/D/BDI)	Grupo controle ou TU		
Aaldereen et al. 2011	Verificar eficácia da MBCT em pacientes com e sem episódio depressivo	205	MBCT + AD x AD	3 a 12	8 / 11,9	7,8 / 13,8	S.I.	6,2 / 9,1 / 14	S.I.	MBCT é tão eficiente em pacientes em remissão de sintomas quanto em episódio depressivo. O aumento da capacidade de decantamento e curiosidade diante situações podem ser estimuladas pela MBCT e pode indicar sua eficácia. Os pacientes da MBCT aprendem a terem contra medidas diante tentativas a evitação e a regular a distorção em formas que auxiliam a ^{razonabilidade} .	
Bjelling et al., 2012	Examinar se as habilidades psicológicas metacognitivas adquiridas com a MBCT estão presentes em pessoas tomando AD e se elas medem a efetividade de MBCT.	84	MBCT x AD x Placebo	18		2,8 / S.I.	S.I.		S.I.	Sugere-se que a MBCT pode reduzir ideais suicidas em pacientes em remissão de sintomas depressivos. Esse impacto pode ser em parte devido a habilidade desenvolvida em se distanciar de pensamentos preocupantes.	
Forkman et al. 2014	Efeitos da MBCT ideais suicidas por auto relato, teste randomizado em pacientes em remissão de depressão	130	MBCT	S.I.	10,27 / S.I.	S.I.	10,21 / S.I.	7,14 / S.I.	S.I.	9,68 / S.I.	
Geschwind et al. 2011	Examinar se a MBCT aumenta momentaneamente emoções positivas e a habilidade para usar recompensas naturais do dia a dia.	130	MBCT	S.I.	10,3 / S.I.	S.I.	10,2	7,1 / S.I.	S.I.	9,7	
Geschwind et al. 2012	Investigar se o efeito da MBCT sobre os sintomas residuais da depressão é dependente do número de episódios depressivos anteriores	130	MBCT	S.I.	10,3 / S.I.	S.I.	10,2	7,1 / S.I.	S.I.	9,7	
Godfrin & Heeringen, 2010.	Os efeitos da MBCT em depressão recorrente, saúde mental e qualidade de vida.	106	MBCT + TU x TU	8 a 14	6,59 / 17,59	S.I.	7,32 / 20,44	5,51 / 8,35	S.I.	8 / 19,28	
Radiford et al. 2014	Investigar a relação entre Mindfulness e sintomas residuais da depressão em pacientes em remissão tomando em consideração a severidade dos sintomas e número de episódios depressivos.	274	MBCT x Psicoeducação Cognitiva	S.I.		S.I. / 8,25	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	
Segal et al., 2010.	Comparar taxas de recada em pacientes em remissão de sintomas depressivos recebendo intervenção da MBCT versus manutenção de antidepressivos.	84	MBCT x AD x Placebo	18		2,8 / S.I.			S.I.	MBCT oferece proteção equivalente à manutenção de antidepressivos contra recada	
Williams et al. 2014	Comparativo entre MBCT x TU + Psicoeducação em prevenção de recadas de depressão maior.	300	MBCT + TU x Psicoeducação + TU x TU	12	3,17 / 7,72	3,55 / 8,86	2,57 / 7,05	S.I.	S.I.	S.I.	
Silhas	MBCT = Teoria Cognitiva Baseada em Mindfulness	TU = Tratamento usual	PPA = Período de acompanhamento pós-antidepressivos	AD = Antidepressivos							A MBCT oferece proteção melhor contra recadas em pacientes com vulnerabilidade devido trauma da infância, porém diante o grupo todo não mostrou diferenças significativas entre o TU e Psicoterapia.

FONTE: Próprio Autor

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se através dos artigos analisados avaliar a eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na prevenção de recaída com pacientes em remissão de episódio depressivo maior. Os resultados dos artigos avaliados foram divididos em tópicos, apresentados da seguinte forma: participantes, instrumentos utilizados, eficácia na depressão, ideação suicida e ruminação, benefícios da MBCT.

4.1. Participantes dos estudos

Dos 9 artigos analisados detalhadamente os participantes dos estudos eram adultos e foram separados em grupos tratados com a MBCT e/ou TU (antidepressivos e/ou psicoterapia). Os grupos experimentais então foram comparados com grupos placebos, controle (sem nenhuma intervenção) ou utilizando somente a psicoeducação. Os tratamentos usuais envolviam uso de antidepressivos.

4.2. Instrumentos

Para o diagnóstico de depressão maior, o número e estado atual de episódios depressivos foi utilizado a entrevista clínica estruturada e os critérios para episódio depressivo do DSM-IV (DSM-IV, 2000) e/ou Structured Clinical Interview for DSM IV axis I (FIRST, SPITZER, GIBBON, & WILLIAMS, 2002). Para a avaliação da severidade dos sintomas residuais depressivos foram utilizados a escala de Hamilton (1960) e/ou o Inventário de Beck (1961).

A escala de Hamilton é considerada “padrão ouro” na avaliação da gravidade dos sintomas depressivos, porém não para o seu diagnóstico (HAMILTON, 1960; NETO, JÚNIOR & HÜBNER, 2001; FREIRE et al., 2014). A versão mais utilizada da escala possui 17 itens, com tempo de aplicação de 15 a 30 minutos (FREIRE et al., 2014). Os escores podem ser de 0 a 52 pontos, sendo considerados gravemente deprimidos acima de 25, moderadamente deprimidos 18 a 24, levemente deprimidos de 7 a 17 pontos

(MORENO & MORENO, 1998). A escala de Hamilton ainda apresenta bons níveis de confiabilidade nos dias de hoje segundo Bagby, Ryder, Schuller & Marshall (2004).

O Inventário de Depressão de Beck também é um instrumento desenvolvido com o propósito de avaliar a severidade da depressão (BECK et al., 1961). O BDI é uma escala de auto relato envolvendo 21 itens com intensidade de 0 a 3 (GIAVONI et al., 2008; GANDINI et al., 2007). A gravidade da depressão é mínima ou nenhuma caso o escore seja até 11 pontos. De 12 a 19 pontos é considerado depressão leve a moderada. De 20 a 35 considera-se depressão moderada a grave. De 36 ao escore máximo 63 é considerado depressão grave (GIAVONI et al., 2008). Nos anos 1961 e 1993 foi-se verificado que o Inventário de Beck possui bons níveis de fidedignidade e validade (BECK, 1961; BECK & STEER, 1993 apud GANDINI ET AL., 2007; GANDINI et al., 2007).

4.3. Depressão

Neste tópico apresenta-se os dados obtidos com a intervenção da MBCT relacionados a sua efetividade em prevenir a recaída de depressão, redução dos sintomas e comparação com outras intervenções.

Em cinco dos nove estudos revisados, os escores nas escalas de depressão diminuíram ao menos 1 ponto na escala HAMD e ao menos 3 pontos na escala BDI (AALDEREN et al., 2011; FORKMAN et al., 2014; GESCHWIND et al., 2011, 2012; GODFRIN & HEERINGEN, 2010). Nos artigos restantes não haviam os escores após a intervenção não sendo possível analisar a mudança no nível dos sintomas depressivos residuais (BIELING et al., 2012; RADFORD et al., 2014; SEGAL et al., 2010; WILLIAMS et al., 2014).

No artigo de Bieling et al. (2012) as habilidades em Mindfulness de descentralização e vivenciamento amplo aumentaram com o uso do MBCT, porém sem mudanças no tratamento com AD ou placebo. Essas habilidades indicam os níveis de mudanças nos sintomas residuais depressivos e segundo os autores, são importantes para a prevenção de recaídas (ver TEASDALE et al., 2000 & 2001).

Em outro estudo o uso do tratamento usual para depressão que envolvem antidepressivos mostrou-se tão efetivo na prevenção de recaídas quanto o uso da MBCT (SEGAL et al., 2010). Quando os pacientes analisados tinham histórico de trauma infantil, a MBCT se mostrou mais eficiente que os ADs (WILLIAMS et al., 2014). Ao utilizar-se a MBCT + TU percebeu-se uma redução significativa na recorrência de episódios e aumento do tempo antes de uma nova recaída em comparação ao tratamento usual somente. Pois durante o estudo de Godfrin & Heeringen (2010), apenas 30% dos pacientes em tratamento com MBCT + TU tiveram recaídas enquanto que no grupo sem a MBCT houve 68.1% de recaídas. Comparado a grupos controles com placebo, o uso de AD ou Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness apresentaram uma diminuição de 74% do risco de recaída (SEGAL et al., 2010). Além disso, nesse estudo de Segal et al. (2010) houve recaídas em 38% dos pacientes em tratamento com MBCT, 46% com AD e 60% dos pacientes em grupo placebo. A Psicoeducação cognitiva comparada a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness apresentou 4% a mais de pacientes com recaída após as intervenções (RADFORD et al., 2014).

Quanto aos sintomas depressivos residuais de pacientes em remissão encontraram-se dados indicando que a Mindfulness age como limitador desses sintomas (RADFORD et al., 2014). Dado este corroborado pelo estudo de Godfrin & Heeringen (2010) em que os participantes do grupo de MBCT + TU apresentaram reduções significativas na severidade dos sintomas depressivos residuais verificados pelos resultados das escalas (BDI e HAMD) no início, durante e final do estudo. Estes dados são mais perceptíveis de acordo com os resultados do Inventário de Beck em que houve redução de mais de 50% no nível de severidade dos sintomas depressivos. Enquanto que no grupo utilizando apenas o tratamento usual segundo a escala de Hamilton houve na verdade aumento da severidade dos sintomas. E com o Inventário de Beck houve leve melhora apenas em comparação do início e o após o tratamento, pois durante o estudo houve também aumento dos níveis dos sintomas depressivos. No estudo dos autores Geschwind et al. (2012) a MBCT diminuiu de 30-35% dos sintomas depressivos residuais comparado ao grupo controle que obteve apenas 10% de redução.

Sugere-se que a MBCT reduz os sintomas residuais da depressão independentemente do número de episódios depressivos vivido pelo sujeito anterior a intervenção (GESCHWIND et al., 2012). Esses dados demonstram aplicação mais ampla da MBCT divergindo dos dados achados por Ma & Teasdale (2004) e Teasdale et al. (2000) de que a MBCT era mais efetiva apenas para sujeitos com 3 ou mais episódios depressivos. Por isso, nesse artigo os autores ressaltam que não deve ser negado tratamento utilizando MBCT para pacientes com apenas 1 ou 2 episódios depressivos devido a possibilidade de melhora na qualidade de vida e de diminuição no risco de recaída. Não obstante, percebeu-se também que os sintomas depressivos residuais após 6 e 12 meses do tratamento envolvendo MBCT continuaram significativamente baixos (GESCHWIND et al., 2012). A limitação da MBCT nos sintomas apesar de independe do número de episódios, foi percebida mais evidentemente em pacientes com maiores números de reincidência (RADFORD et al., 2014).

Um dado também importante foi achado por Segal et al. (2010) de que cada episódio adicional de depressão foi associado a um aumento de 16% de risco de recaída.

Apesar desta revisão ter analisado estudos envolvendo pacientes em remissão dos sintomas, em um dos artigos (ALDEEREN et al., 2011) haviam utilizado a MBCT comparando em pacientes em episódio depressivos também. Esse estudo apresentou a possibilidade da aplicação da MBCT em pacientes em episódio depressivo sendo tão efetivo quanto em pacientes em remissão dos sintomas. Com esse dado sugere-se que sejam feitos mais estudos envolvendo também pacientes em episódio depressivo com o uso da MBCT para que haja ainda menos restrição na aplicação.

4.4. Ideação suicida

No artigo de Forkman et al. (2014) estudou-se os efeitos da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na ideação suicida. Um segundo objetivo do estudo foi analisar se o efeito da MBCT na ideação suicida era dependente da redução da severidade da depressão, níveis de preocupação, ruminação ou aumento da Mindfulness. Realizou-se o estudo randomizado com

pacientes com ao menos 1 episódio depressivo maior para grupo de controle ou de intervenção com MBCT. Para identificação e escolha dos pacientes se utilizou a Structured Clinical Interview for DSM IV axis I (FIRST, SPITZER, GIBBON, & WILLIAMS, 2002) e o HAMD.

A MBCT seguiu o protocolo de Segal, Williams & Teasdale (2002), com grupos de 10-15 participantes. Avaliaram-se a depressão, preocupação, ruminação, ideação suicida e habilidades de Mindfulness. Estas habilidades de Mindfulness estão relacionados a abertura e não julgamento diante situações. Foi percebida diminuição significativa da ideação suicida do grupo clínico. Essa diminuição se demonstrou independente de mudanças na depressão, ruminação ou habilidades de Mindfulness. As alterações nos níveis de preocupação, adquiridos no treino de Mindfulness devido o foco no tempo presente, não se preocupando com o futuro, foram importantes para esta mudança e o tamanho de efeito. Esses dados corroboram os dados de outros artigos (KERHOF & SPIJKER, 2011; WATKINS 2008 apud FORKMAN et al., 2014) em que preocupação pode disparar cadeias de pensamentos suicidas. Além disso, sugere-se que a redução da ideação suicida pode ocorrer devido ao aumento do sentimento de pertencimento social. Esse sentimento se adquire na prática da MBCT devido o treinamento na Mindfulness ser realizado em grupos (FORKMAN et al., 2014; SEGAL, WILLIAMS & TEASDALE 2002).

4.5. Ruminação

No artigo de Bieling et al. (2012) não foi encontrado evidências referentes ao uso da MBCT para reduzir a ruminação e com isso diminuição dos sintomas. Bieling et al. (2012) indicam a possibilidade haver problemas psicométricos do instrumento (FRESCO et al. 2007 apud BIELING et al. 2012) para analisar ruminação. Essa foi levantada devido o artigo ter utilizado o mesmo grupo de participantes do artigo de Segal et al. (2010) onde foi encontrado essa correlação.

4.6. Benefícios da MBCT

A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness indicou diversos benefícios para o sujeito além de prevenção de recidiva. Percebeu-se redução nos ideias suicidas em pacientes em remissão dos sintomas após a intervenção com a MBCT. Essa redução apresenta estar ligada a habilidade desenvolvida com a Mindfulness em se distanciar de pensamentos preocupantes. A correlação da diminuição da depressão com os níveis de preocupações foi percebido em dois dos artigos da revisão, Aldeeren et al. (2012) e Forkman et al. (2014).

A intervenção da MBCT aumenta a capacidade de decentramento e abertura diante situações, essas duas habilidades podem indicar a sua eficácia. Além disso, com o treinamento na MBCT, os pacientes aprendem a terem respostas mais funcionais, diante de tendências anteriores de evitar situações aversivas e regular a disforia de formas que auxilie a recuperação. (BIELING et al., 2012).

Pacientes que receberam intervenção da MBCT indicaram melhor aproveitamento e resposta as atividades de lazer do dia. Além disso, percebeu-se associação entre a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness e emoções positivas pelos participantes. Esses benefícios associados a MBCT indicam ser independentes da redução da sintomatologia depressiva. Além disso, percebeu-se que os aumentos nas emoções positivas foram associados com a diminuição dos sintomas residuais depressivos apresentando uma potencial variável na prevenção de depressão. (GESCHWIND et al., 2012).

No uso da MBCT em conjunto com antidepressivos percebeu-se melhora da qualidade de vida dos pacientes, redução a curto e longo prazo do humor depressivo e aumentou os estados de humor positivos (GODFRIN & HEERINGEN, 2010).

Os resultados positivos obtidos a respeito do uso da MBCT em prevenção de recaídas de pacientes com depressão maior recorrente tem mostrado correlação com a metanálise realizada por Piet & Hougaard (2011).

4.7. Resumo

Os artigos revisados apresentaram resultados efetivos diante de seus objetivos a partir do uso da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness com prevenção de recaída e melhora dos sintomas residuais em pacientes com depressão. Nos resultados mais modestos, com o uso da MBCT, foi pelo menos tão efetivo quanto uso de antidepressivos em comparação a outros tratamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de depressão é de grande importância devido a alta prevalência e impacto na saúde na população global. Cada vez que uma pessoa apresenta um episódio depressivo aumenta a chance de um novo episódio, sendo necessários tratamentos mais eficazes para a prevenção de novos episódios. Dados desta revisão indicam que a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness é uma alternativa efetiva na prevenção de recaídas para pacientes com depressão maior recorrente e diminuição dos sintomas depressivos residuais. Além disso, o tratamento não oferece os efeitos colaterais possíveis nos medicamentos antidepressivos. A intervenção utilizando a MBCT é indicada para pacientes vulneráveis a depressão, essa vulnerabilidade pode ser percebida pelos níveis de sintomas depressivos residuais ou pelo fato de haver depressão recorrente. O tratamento com a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness apresentou que pode trazer diversos benefícios para vida do sujeito envolvendo melhora na qualidade de vida, humor e diminuição de risco de suicídio.

A falta de artigos brasileiros envolvendo Mindfulness e Depressão nos data-base pesquisados indica uma necessidade maior de divulgação e pesquisa deste tema devido seu potencial já discutido. A prática da MBCT no tratamento de Depressão no Brasil poderia também facilitar na redução de custos com medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

6. LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES

Este trabalho que envolveu artigos internacionais pode incentivar novos estudos brasileiros com o uso da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness na prevenção de depressão.

Ressalta-se, entretanto a necessidade de que um estudo mais amplo seja feito para corroborar os dados e resultados obtidos. Estudos que envolvam análises estatísticas mais criteriosas como as Metanálise são importantes para indicar de maneira mais efetiva o controle de variáveis e efetividade da MBCT na prevenção de recaída.

7. REFERÊNCIAS

- AALDEREN, J. R. van et al. **The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial.** *Psychological Medicine.* v. 42. p. 989 – 1001. 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition.** American Psychiatric Association. 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.** American Psychiatric Association: Arlington. 2013.
- BAER, R. A. **Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review.** American Psychological Association. 2003.
- BAGBY, R.M., RYDER, A.G., SCHULLER, D.R., MARSHALL, M.B. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? **American Journal Of Psychiatry.** v. 161. n. 12. p. 2163-2177. 2004.
- BECK, A. T., et al. **TERAPIA COGNITIVA DA DEPRESSÃO.** Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1997.
- BECK, A. T. The Current State of Cognitive Therapy A 40-Year Retrospective. **Archives of General Psychiatry.** v. 62. n. 9. p. 953-959. 2005.
- BECK A., WARD C., MENDELSON M., MOCK J., ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry.** v. 4. p. 561–571. 1961.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- BIELING, P. J. et al. Treatment-Specific Changes in Decentering Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Antidepressant Medication or Placebo for Prevention of Depressive Relapse. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** v. 80. n. 3. p. 365-372. 2012.
- BISHOP, S. R. et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. **Clinical Psychology: Science and Practice** v. 11. p. 230–241. 2004.

- BROWN, K. W., RYAN, R. M. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 84. n. 4. p. 822-848. 2003.
- CRANE, REBECCA. **Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features**. Routledge. 2009.
- DOBSON, K. S. A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 57. n. 3. p. 414-419. 1989.
- EATON, W. W. et al. Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. **Archives of General Psychiatry**. V. 65(5). p. 513–520. 2008.
- FIRST M.B., SPITZER R.L., GIBBON M., WILLIAMS J.B.W. **Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis 1 disorders**. Research version. New York State Psychiatric Institute. New York. 2002.
- FORKMAN, T. et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. **Comprehensive Psychiatry**. v. 55. p. 1883-1890. 2014.
- FREIRE, M. A., ET AL. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil*. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 63. n. 4. p. 281-289. 2014.
- GANDINI, R. C., MARTINS, M. C. F., RIBEIRO, M. P., SANTOS, D. T. G. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**. v. 12. n. 1. p. 23-31. 2007.
- GESCHWIND, N. et al. Mindfulness Training Increases Momentary Positive Emotions and Reward Experience in Adults Vulnerable to Depression: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 79. n. 5. p. 618-628. 2011.
- GESCHWIND, N. et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**. v. 201. p. 320-325. 2012.
- GIAVONI, A., MELO, G. F., PARENTE, I. & DANTAS, G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24. n. 5. p. 975-982. 2008.

- GODFRIN, K. A., HEERINGEN, C. VAN. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. **Behaviour Research and Therapy**. v. 48. p. 738-746. 2010.
- HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**. v. 23. p. 56–62. 1960.
- HARDT, J., et al. The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality. **SciRes**. v. 3. n. 1. p. 116-122. 2012.
- HAYES, S. C. et al. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 64. n. 6. p. 1152-1168. 1996.
- HEEREN, A; PHILIPPOT, P. **Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness: Preliminary Findings**. Springer Science+Business Media. 2010.
- 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**. Elsevier North Holland. 1982.
- KABAT-ZINN, J. et al. Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. **The American Journal of Psychiatry**. v. 149. p. 936-943. 1992.
- KABAT-ZINN, J. **Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future**. American Psychological Association. 2003.
- KERKHOF A, SPIJKER B. **Worrying and Rumination as Proximal Risk Factors for Suicidal Behaviour**. In: O'Connor R, Platt S, Gordon J, ed. by. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. 1 ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2011.
- KEUTHEN, N. J. ET AL. DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. **Journal of Behavioral Addictions**. v. 1. n. 3. p. 106-114. Budapest. 2012.
- KUYKEN, W. ET AL. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 76. p. 966-978. 2008.

- LINEHAN, M. M. **Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder**. The Guildford Press. London. 1993.
- LINEHAN, M. M. et al. Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. **The American Journal on Addictions**. v. 8 p. 279-292. 1999.
- LOPES, F. F. R., CASTRO, S. F., NEUFELD, B. C. A terapia cognitiva e o mindfulness: entrevista com Donna Sudak. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. p. 67-72. 2012.
- LUDWIG, D. S., KABAT-ZINN, J. **Mindfulness in Medicine**. American Medical Association. 2008.
- MA, S.H., TEASDALE, J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 72. n. 1. p. 31-40. 2004.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., LOTUFO NETO, F., KOENIG, G. H. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.28, n.3, p. 242-250. 2006.
- MORENO R.A., MORENO D.H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 25. p. 262-72. 1998.
- MORENO, R. A., MORENO, D. H. ; SOARES, M. B. de M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 21, n.1, p. 24-40. 1999.
- MUELLER, T. I., et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. **American Journal of Psychiatry**. v. 156, p. 1000–1006. 1999.
- NETO J. G., CAMPOS J. M.S., HÜBNER C.K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 3. n. 1. p. 10-14. 2001.
- PANZINI, R.G., BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34. supl I. p. 126-135. 2007.
- RADFORD, S. et al. Trait Mindfulness as a Limiting Factor for Residual Depressive Symptoms: An Explorative Study Using Quantile Regression. **PLoS ONE**. v. 9. n. 7. 2014.

- SEGAL, Z. V. et al. Antidepressant Monotherapy versus Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. **Archives of General Psychiatry**. v. 67. n. 12. p. 1256-1264. 2010.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse**. Guilford Press : New York. 2002.
- STROPPIA, A., MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 36, n.5, p. 190-196. 2009.
- TEASDALE, J. D., SEGAL, Z., WILLIAMS, J. M. G. HOW DOES COGNITIVE THERAPY PREVENT DEPRESSIVE RELAPSE AND WHY SHOULD ATTENTIONAL CONTROL (MINDFULNESS) TRAINING HELP? **Behaviour Research and Therapy**. v. 33, n. 1, p.25-39, 1995.
- TEASDALE, J. D. Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. v. 6. p. 146-155. 1999.
- TEASDALE, J. D. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 68. n. 4. p. 615-623. 2000.
- TEASDALE, J. D. et al. How Does Cognitive Therapy Prevent Relapse in Residual Depression? Evidence From a Controlled Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 69. n. 3. p. 347-357. 2001.
- TELCH, C.F., AGRAS, W. S., LINEHAN, M. M. Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 69. n. 6. p. 1061-1065. 2001.
- WILLIAMS, J. M. G. KUYKEN, W. Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. **The British Journal of Psychiatry**. v. 200. p. 359-360. 2012.
- WILLIAMS, J. M. G. et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 82. n. 2. p. 275-286. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Geneva, 1998.

VANDENBERGHE, L., SOUSA, A. C. A. de. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v.2 n.1 Rio de Janeiro. 2006.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. **DEPRESSION: A Global Crisis**. Occoquan. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1>. Acesso em: 31 mai. 2014.