



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA - UAPSI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A PRÁTICA DE *MINDFULNESS* NA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL: UM CASO CLÍNICO**

CAMPINA GRANDE – PB

2018

ALESSANDRO DUTRA BEZERRA

**A PRÁTICA DE *MINDFULNESS* NA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL: UM CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Dr^a. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Tereza Brasileiro
Silva, CCBS/UFCG

S586m

Bezerra, Alessandro Dutra.

A prática de mindfulness na terapia cognitivo-comportamental: um caso clínico / Alessandro Dutra Bezerra. – Campina Grande: o autor, 2018.

31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Prof.^a Regina Lígia Wanderlei de Azevedo, Dra.

1. Atenção plena. 2. Meditação mindfulness. 3. Terapia cognitiva. I Autor. II. Azevedo, Regina Lígia Wanderlei de. (Orientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

Responsabilidade técnica - catalogação:
Jônatas Souza de Abreu, M Sc. CRB-4/1823

TERMO DE APROVAÇÃO

ALESSANDRO DUTRA BEZERRA

A PRÁTICA DE *MINDFULNESS* NA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL: UM CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do grau de Psicólogo no Curso de Psicologia outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

APROVADO EM 05 / 12 / 2018

BANCA EXAMINADORA:

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Profa. Dra. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Orientadora - Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG)

Monilly Ramos Araújo Melo

Profa. Dra. Monilly Ramos Araújo Melo

Profa. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG)

Luann Glauber Rocha Medeiros

Prof. Ms. Luann Glauber Rocha Medeiros

Prof. do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que desejam viver com consciência plena no momento presente, trilhando um caminho em direção à felicidade, ao estado de unidade e iluminação espiritual e que encontram sentido para suas vidas através da prática do amor, da bondade, da compaixão, da empatia e da aceitação incondicional.

“A meditação é a única atividade humana intencional e sistemática que, no fundo, não significa tentar melhorar a si mesmo ou chegar a outro lugar, mas simplesmente perceber onde você já está.”

Jon Kabat-Zinn

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, fonte de toda sabedoria e inspiração, por sua presença que me traz paz, alegria e sentido, renova minha mente e coração, e por ser meu refúgio nos momentos difíceis da vida.

A minha família, meus pais e irmãs, pelo cuidado e amor incondicional que me dedicam e por terem sido meu suporte durante todo o percurso da graduação.

Aos pacientes que pude acompanhar no Serviço Escola de Psicologia - UFCG, com os quais foi possível construir uma boa relação terapêutica e compartilhar as experiências com as práticas meditativas.

Aos meus colegas de turma, aos professores do curso de Psicologia, por todos os ensinamentos e partilha de vivências, em especial a Prof^ª Dr^ª Regina Azevedo, por despertar minha autoconfiança como psicólogo, pelo seu carinho, paciência e dedicação, e por cada momento de supervisão clínica e de orientação deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

MBCT - Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction

BAI - Beck Anxiety Inventory

MBI - Maslach Burnout Inventory

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	09
INTRODUÇÃO	10
DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	13
INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	15
RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

Formato do artigo: Comunicações breves

**A PRÁTICA DE *MINDFULNESS* NA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL: UM CASO CLÍNICO**

**THE MINDFULNESS PRACTICE IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A
CLINICAL CASE**

Alessandro Dutra Bezerra

Graduando em Psicologia - Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Professora Adjunta - Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

RESUMO

Introdução: O processo de *mindfulness* (atenção plena) é definido como um estado mental que consiste em estar plenamente atento ao que ocorre no momento presente, observando os pensamentos, sentimentos e sensações corporais com uma postura de aceitação, curiosidade e receptividade, sem emitir críticas ou julgamentos. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo analisar um caso clínico atendido no Serviço Escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), tendo como principal técnica o *mindfulness*. **Método:** Estudo de caso de uma paciente do sexo feminino, 33 anos, solteira, nível médio completo, submetida a 22 sessões de psicoterapia. O plano interventivo envolveu além das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e das práticas de *mindfulness*, instrumentos como o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), e o Inventário de Burnout de Maslach (MBI). **Resultados:** A Terapia Cognitiva baseada na Atenção Plena (MBCT) mostrou-se eficaz no manejo clínico do estresse e da ansiedade, a paciente alcançou os seus objetivos terapêuticos, houve remissão completa dos sintomas psicossomáticos, bem como redução dos níveis de estresse e ansiedade. Além disso, a paciente desenvolveu uma nova maneira de se relacionar com suas experiências internas no momento presente, o que diminuiu a sua tendência de se identificar com pensamentos distorcidos.

Palavras-chave: Atenção plena, meditação *mindfulness*, terapia cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: The process of mindfulness is defined as a mental state that consists in being fully aware of what is happening in the present moment, observing the thoughts, feelings and physical sensations with a posture of acceptance, curiosity and receptivity, without making criticisms or judgments. **Objective:** The purpose of this study is to analyze a clinical case attended in the Clinical Psychology School of the Federal University of Campina Grande (UFCG), in which the main therapeutic resource used was the mindfulness method. **Methodology:** Case study of a female patient, 33 years old, single, complete high school, submitted to 22 sessions of psychotherapy. The treatment plan was composed of the techniques of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and mindfulness exercises, in addition to instruments such as the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) that were used for patient's psychological evaluation. **Study results:** The Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) was effective in the treatment of stress and anxiety, the patient reached the therapeutic goals, there was complete remission of the psychosomatic symptoms, as well as reduced levels of stress and anxiety. Furthermore, the patient developed a new way of relating to her inner experiences in the present moment, which reduced her tendency to identify with distorted thoughts.

Keywords: *Mindfulness*, stress and anxiety, cognitive therapy.

INTRODUÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental, desde a sua origem, vem sendo considerada uma modalidade de tratamento eficaz nos mais variados tipos de demandas psicológicas, sobretudo devido seu desenvolvimento e ampliação a partir das denominadas segunda e terceira geração. Tal ampliação deu ênfase a possibilidade da utilização de várias técnicas e instrumentos, complementando e auxiliando de forma benéfica na atuação do terapeuta, a exemplo da prática de *mindfulness*.

A atenção plena ou *mindfulness* (expressão original em inglês), conforme Goleman e Davidson (2017), é um dos métodos de meditação mais utilizados e difundidos no mundo ocidental, dentre uma ampla variedade de métodos. Alguns estudiosos utilizam o termo “mindfulness” para definir todo e qualquer tipo de meditação. No uso popular, pode se referir à prática de meditação de forma geral em diversos contextos.

A prática de *mindfulness* deriva da filosofia oriental budista, sendo considerada uma das técnicas de meditação mais antigas da Índia. Na filosofia oriental, a atenção plena pode ser definida como uma qualidade mental adquirida e cultivada através da prática da meditação com o intuito de se chegar a um desenvolvimento psicoemocional e espiritual. A meditação, portanto, é uma ferramenta capaz de produzir uma conexão completa entre a mente, o corpo e o espírito (Goleman & Davidson, 2017).

Segundo Hofmann (2014), meditar é sentir a respiração, com a atenção plena ao que está acontecendo no momento presente, observar e aceitar sem julgamentos as experiências internas, sem avaliar ou tentar mudá-las. Tal método tem sido cada vez mais utilizado pelos profissionais da saúde em suas intervenções terapêuticas, com o objetivo de melhorar a saúde física e mental dos pacientes.

Desse modo, a técnica de meditação *mindfulness* tem sido integrada às práticas clínicas contemporâneas, principalmente na Psicologia e na Medicina. Considerando que a atenção plena é um estado mental, um conceito psicológico, e também um conjunto de técnicas ou exercícios mentais, esta pode ser treinada através de técnicas ou exercícios meditativos e psicoeducativos, os quais são parte fundamental do plano de intervenção psicoterapêutica (Costa Neta, 2017).

Na perspectiva das neurociências e da neuropsicologia, as práticas de *mindfulness* podem produzir efeitos benéficos na saúde mental e física do indivíduo, modificando o funcionamento do cérebro, aumentando as atividades no hemisfério esquerdo e a neuroplasticidade, e com isso provoca uma desaceleração do envelhecimento cerebral,

desenvolve as habilidades cognitivas como a memória e a sensopercepção, além de aumentar a capacidade de foco e raciocínio (Goleman & Davidson, 2017).

Destarte, através da prática de *mindfulness* torna-se possível aprender a lidar com os pensamentos tendo consciência suficiente para conseguir observá-los enquanto surgem, sendo possível atingir uma mudança na maneira de se relacionar com os eventos cognitivos, através da percepção dos pensamentos não como informações objetivas e verdadeiras, mas como produções subjetivas. Nesse sentido, a prática contínua da meditação tem por objetivo estimular o processo de metacognição no qual são trazidos para a consciência à dinâmica dos pensamentos, sentimentos e comportamentos (Hofmann, 2014). Metacognição, de acordo com o mesmo autor, é a cognição da própria cognição, ou seja, é tomar consciência do próprio processo cognitivo.

Acerca da metacognição, vários estudiosos, a exemplo de Limberger, Mello, Schneider e Andretta (2017) e Menezes e Bizarro (2015), enfatizam que na prática de *mindfulness*, gradualmente os pacientes aprendem a trabalhar com emoções negativas em um contexto metacognitivo, ou seja, auxilia na diminuição de julgamentos prévios em situações sociais, gerando conseqüentemente uma maior consciência na tomada de decisão e na emissão de um comportamento.

Neste sentido, entende-se que a Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* (MBCT) é uma estratégia de tratamento eficaz que procura desenvolver no paciente um estado ampliado de consciência sobre suas emoções, pensamentos, atitudes e sensações físicas, chamado de consciência metacognitiva (Hofmann, 2014).

A Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* é uma modalidade de intervenção psicológica que utiliza os princípios da psicologia budista e da filosofia oriental budista, os quais passaram a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de estresse do médico Jon Kabat-Zinn. Assim, a primeira definição de atenção plena foi apresentada por Kabat-Zinn (2013) quando enfatiza ser um estado mental, cuja principal característica é a autorregulação da atenção focada para o que se está experienciando no momento presente. Portanto, é considerado um método de treinamento da mente, cujo objetivo primordial é cultivar um estado de consciência plena no presente.

Para Oliveira, Moraes e Moura (2016), a prática de *mindfulness* veio para trabalhar na contramão do funcionamento do “piloto-automático”. Assim sendo, as evidências científicas demonstram que as práticas meditativas podem auxiliar no desenvolvimento das funções cognitivas e também das funções executivas. Através do uso da meditação *mindfulness* como uma ferramenta terapêutica é possível estimular as habilidades cognitivas do paciente, o que

de acordo com Antunes (2018), facilita o manejo clínico de algumas condições como ansiedade, depressão, dor crônica, câncer, fibromialgia, dentre outras.

Assim sendo, as terapias baseadas em *mindfulness*, a exemplo da MBCT e do Programa de Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR) que se tornaram modelos de tratamento bastante utilizados na clínica psicológica contemporânea. Uma série de estudos realizados com *mindfulness* em psicoterapia aponta que essa técnica promove o aumento do bem-estar físico e psicológico, bem como auxilia no tratamento de doenças crônicas, na redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, na melhora de doenças psicossomáticas, cardíacas, tumores, entre outras condições médicas e psiquiátricas (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Lima & Sene, 2017; Antunes, 2018).

A prática de *mindfulness* apresenta alguns pontos de convergência com os mais variados tipos de abordagens psicoterápicas, a exemplo da Gestalt-Terapia, da Psicologia Positiva, além das TCC's da Terceira Geração. No entanto, o presente estudo de caso tem como enfoque a MBCT, considerando os princípios fundamentais da Psicologia Positiva, haja vista os estudos desta área terem apresentado diversas contribuições para a psicologia clínica, redirecionando o enfoque das pesquisas e intervenções para os fatores de proteção e prevenção em saúde, e para os aspectos sadios do desenvolvimento humano. Desse modo, houve um avanço nas pesquisas sobre os aspectos positivos, que incluem a resiliência, o bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, esperança, autoestima, autodeterminação, criatividade, habilidades interpessoais e a espiritualidade. A psicologia positiva e a meditação *mindfulness* têm aspirações muito semelhantes, como o cultivo das emoções positivas e a conquista do bem-estar integral (Germer, Siegel & Fulton, 2016).

A Psicologia Positiva e a MBCT são áreas que possuem alguns pontos de interseção, a exemplo, da valorização dos aspectos positivos da subjetividade humana, bem como da importância da aceitação, da compaixão, da gratidão, e das emoções positivas para a saúde mental e o desenvolvimento humano. Dessa forma, a ênfase da prevenção e das variáveis positivas no processo psicoterápico como a atenção à conotação otimista, é um aspecto importante na prevenção do surgimento e o agravamento de problemas psicológicos (Calvetti, Muller & Nunes, 2007).

Assim sendo, o presente trabalho teve como objetivo analisar um caso clínico atendido no Serviço Escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), tendo como principal técnica o *mindfulness*.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Jane (nome fictício), 33 anos, solteira, nível médio completo, residente em Campina Grande-PB, Brasil e trabalha como atendente de telemarketing em uma empresa de telecomunicações. A paciente procurou o atendimento espontaneamente, chegando ao Serviço Escola de Psicologia da UFCG para realizar triagem em abril de 2018 e o atendimento psicológico foi iniciado em junho de 2018. Foram realizadas 22 sessões de psicoterapia, com duração de 50 minutos semanais e a paciente continua em acompanhamento psicoterapêutico.

As queixas iniciais da paciente durante o processo de avaliação foram tristeza, fadiga, indisposição, fortes dores de cabeça e no olho direito, dificuldade para realizar as atividades diárias e alcançar as metas no trabalho, apreensão negativa em relação ao futuro, preocupação excessiva com o tempo e com a saúde. Assim, a paciente vivia em um ciclo repetitivo de ingestão de medicamentos com o objetivo de “prevenir doenças”, bem como cultivava pensamentos e sentimentos negativos sobre a vida e o seu estado de saúde. Apresentou pensamentos disfuncionais acerca da visão das pessoas ao seu respeito, medo de morrer ou de estar com alguma doença grave e de que algo ruim pudesse acontecer em sua vida. Jane relatou que já havia realizado vários exames e consultas médicas para descobrir as causas de suas fortes dores de cabeça e no olho direito, mas os médicos não identificaram nenhuma alteração orgânica ou disfunção neurofisiológica, e afirmaram que as causas poderiam ser psicológicas. A ausência de explicação orgânica para os seus sintomas provocavam na paciente ansiedade e sofrimento psíquico, a direcionando buscar um tratamento psicoterapêutico.

Jane nasceu na zona rural da Paraíba, em um contexto de vulnerabilidade sociocultural, com pouca assistência e recursos socioeconômicos, relatou ter se desenvolvido em um ambiente cuja estrutura familiar era composta por pai, mãe, uma irmã e dois irmãos. Os pais não demonstravam afeto positivo, tinha uma relação conflituosa com o pai que era muito rígido e autoritário, tinha um bom relacionamento com a mãe, se identificando muito com o seu jeito de ser, mas preocupava-se de forma excessiva com a saúde da mãe e absorvia os seus problemas. No seu discurso deixa evidente que desenvolveu um apego inseguro ou desorganizado com a mãe na infância, influenciando seu desenvolvimento psíquico e os seus relacionamentos na fase adulta, bem como no surgimento de crenças de desvalor, de desamparo e de vulnerabilidade. Relatou que não podia demonstrar emoções positivas, pois sempre que sorria na presença do pai era repreendida. A mãe era muito retraída e submissa, não demonstrava afeto aos filhos, sempre se preocupou muito com a saúde dos filhos, levando

Jane a ingerir muitos medicamentos já na infância. Contou também que se sentia parte do “grupo dos fragilizados”. A paciente passou por muitas dificuldades financeiras na infância e adolescência, relatou que nasceu depois que dois irmãos haviam falecido de sarampo e possuía um sentimento de revolta e tristeza com relação a sua história de vida, haja vista não considerar justo “ter nascido para viver em um contexto de desigualdades e exclusão social”.

Em seus relatos, Jane também enfatiza sintomas psicofísicos de estresse e ansiedade, como taquicardia, tensão muscular, dores de cabeça, fadiga, nervosismo e irritabilidade, principalmente em situações vivenciadas no ambiente de trabalho. Desse modo, a paciente demonstrava estar em um processo de desgaste caracterizado pelo sentimento de esgotamento ou exaustão física e emocional em decorrência do seu trabalho. Além disso, a falta de energia, motivação e disposição para realizar suas atividades, falta de realização pessoal e profissional, sentimentos e atitudes negativas em relação ao próximo, e uma tendência à avaliação negativa devido à insatisfação com seu trabalho, também estavam no seu discurso. Em virtude desses sintomas, levou-se em consideração a hipótese diagnóstica da Síndrome de Burnout e do Transtorno de Ansiedade Generalizada.

As condições de trabalho de Jane caracterizavam-se como um fator de risco à sua saúde mental e física. Estava trabalhando como atendente de telemarketing há mais de 5 anos, tendo que lidar com pressão psicológica e exigências diárias para o alcance de metas, pelo desempenho qualitativo e resultados para a empresa. Relatou ter sido constrangida por alguns supervisores e sofrido assédio moral no ambiente de trabalho. Em virtude disso, desenvolveu alguns sintomas psicofísicos e problemas emocionais que a fizeram buscar acompanhamento psicológico.

Segundo Freire (2008), o processo de violência psicológica denominado de assédio moral pode causar ou agravar muitos transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais. No tocante aos sintomas psicopatológicos, Jane apresentava ansiedade, estresse, medos e preocupações excessivas, distorções cognitivas como a catastrofização, personalização, inferência arbitrária, filtro mental e leitura mental, além de tensão muscular, fadiga, irritabilidade, humor depressivo, sono excessivo, problemas de memória e de concentração. Com relação aos sintomas psicossomáticos, apresentava fortes dores de cabeça e no olho direito, dores musculares e/ou articulares de origem tensional. Os sintomas comportamentais revelados caracterizavam-se por atitudes negativas de ironia e cinismo frente aos clientes e isolamento social.

Importante enfatizar que em situações ansiogênicas do cotidiano, a paciente adotou uma estratégia de hipervigilância para qualquer estímulo que pudesse interpretar como uma ameaça à sua saúde e integridade física.

INSTRUMENTOS

Para a avaliação e intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos para a avaliação psicológica da paciente: Entrevista clínica semiestruturada, com questionário sociodemográfico e clínico; Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory - BAI); e o Inventário de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI).

PROCEDIMENTOS

Jane buscou o Serviço-Escola de Psicologia da UFCG de maneira espontânea. Terapeuta e paciente tiveram como estabelecimento de metas principais, o estresse e a ansiedade, bem como aprender a regular suas emoções. Até o momento foram realizadas 22 sessões, com duração máxima de 50 minutos semanais e a paciente continua em psicoterapia. Nos procedimentos foram considerados o acolhimento, avaliação inicial, a psicoeducação, a relação terapêutica, o empirismo colaborativo, o questionamento socrático, a reestruturação/ressignificação cognitiva; além de estratégias como o registro de pensamentos, prevenção de recaídas, resolução de problemas, experimentos comportamentais e várias sessões incluindo as práticas de *mindfulness*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Jane trouxe como queixas iniciais durante o processo de avaliação, fortes dores de cabeça e no olho, estresse e ansiedade, além de isolamento e intolerância social. Em virtude dos sintomas apresentados, levantou-se como hipótese diagnóstica a síndrome de burnout e o transtorno de ansiedade generalizada. No entanto, a paciente não preencheu os critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, o escore (23) obtido no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) apontou ansiedade moderada, que ficou evidente com as distorções cognitivas apresentadas no decorrer das sessões.

Já a hipótese diagnóstica da Síndrome de Burnout foi confirmada, pois a paciente preencheu os critérios diagnósticos, o escore (71) obtido no Inventário de Burnout de Maslach (MBI) revelou uma fase avançada da síndrome que foi constatada através das características psicofísicas da paciente em relação ao trabalho, apontando prejuízos significativos para a sua saúde biopsicossocial. Neste contexto, percebe-se que a ansiedade pode estar diretamente

relacionada às questões laborais, haja vista, como explica Freitas e Godoi-De-Sousa (2018), na área de telemarketing e teleatendimento é comum os funcionários enfrentarem processos de sofrimento e adoecimento.

Fato este corroborado por Siqueira (2018) em seu trabalho realizado com mulheres trabalhadoras de Call Centers no Distrito Federal, onde foi identificado que a maioria das avaliadas apresentou algum nível de estresse, predominando os sintomas psicológicos e, conseqüentemente, trazendo reflexos negativos na qualidade de vida destas mulheres.

Assim, as cinco sessões iniciais se deram por meio de entrevista clínica com o auxílio de um questionário clínico e sociodemográfico. Buscou-se levantar informações acerca do seu histórico pessoal e familiar, bem como do seu histórico médico, com a finalidade de coletar dados relevantes da história de vida da paciente. Importante enfatizar que as entrevistas precedentes às intervenções com a técnica de *mindfulness* foram consideradas primordiais na identificação da estrutura psíquica e na formulação da hipótese diagnóstica apresentada anteriormente, facilitando assim o planejamento terapêutico. Algumas sessões posteriores também foram dedicadas à construção da conceitualização cognitiva de Jane, o que permitiu aprofundar a sua história no tempo presente e ao longo da sua vida, além de considerar aspectos relacionados às suas interações familiares e sociais.

Para a construção da conceitualização cognitiva realizou-se uma investigação dos conteúdos psíquicos e estratégias compensatórias adotadas por Jane, a partir da coleta de dados relevantes da sua infância, sendo possível identificar os três níveis de processamento cognitivo da paciente, isto é, seus pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. É importante salientar que tanto a conceitualização cognitiva quanto a hipótese diagnóstica da paciente foram elaboradas de forma contínua ao longo do processo psicoterapêutico. A conceitualização cognitiva é apontada por Pagio e Assumpção (2018) como um procedimento colaborativo que norteia o processo psicoterápico, sistematizando os problemas que direcionaram o paciente à terapia.

A Figura 1 apresenta o diagrama de conceitualização cognitiva de Jane, utilizado no processo terapêutico para identificar os diferentes níveis de cognição, a partir do levantamento de dados relevantes da sua história, bem como as estratégias compensatórias e comportamentos desadaptativos que contribuíram para a manutenção das crenças nucleares, resultando na perpetuação dos problemas.

Figura 1. Diagrama de Conceitualização Cognitiva.

Dados relevantes da infância

Não recebeu carinho e atenção dos pais. A mãe tinha preocupação excessiva com a saúde dos filhos; a paciente toma remédios para prevenir doenças desde criança; recebeu uma educação rígida, estilo de criação autoritária; falta de suporte afetivo na infância, apego inseguro ou desorganizado com a mãe.
↓
Crenças Nucleares Sou frágil e vulnerável. Sou desamparada. Estou em perigo constante.
↓
Crenças Intermediárias / Pressupostos Condicionais Se eu me preocupar com minha mãe, posso receber sua atenção e cuidado. Se eu confiar nas pessoas, elas podem me prejudicar ou me fazer algum mal. Se eu não me preocupar com a saúde da minha mãe, estarei deixando-a morrer, logo não serei uma boa filha.
↓
Estratégias compensatórias de enfrentamento Hipervigilância ao ambiente, bem como a sinais e sintomas no corpo. Preocupar-se excessivamente com a saúde, pesquisar sobre doenças e sintomas na internet. Tomar muitos remédios para prevenir doenças e realizar consultas médicas. Evitar construir vínculo afetivo com as pessoas.

Em síntese, Jane viveu em um ambiente ansiogênico, repleto de cobranças e rigidez, sem suporte afetivo e, conseqüentemente, de amparo. Com isso, desenvolveu crenças nucleares de vulnerabilidade, fragilidade e desconfiança. Perante este quadro, a paciente torna-se defensiva na construção de vínculos afetivos, hipervigilante em todas as áreas da sua vida e busca confirmações médicas para seus sintomas psicofísicos, as quais não foram encontradas. Tais estratégias compensatórias de enfrentamento foram sendo cada vez mais prejudiciais a sua saúde física e mental, fazendo com que a preocupação constante gerasse altos níveis de ansiedade, levando-a catastrofizar, fazer inferências arbitrarias e leituras mentais em situações cotidianas, principalmente no que concerne ao trabalho.

Nesse sentido, o modelo cognitivo de Beck (2013) afirma que a modificação das crenças provoca uma mudança nas emoções e comportamentos. Desse modo, identificar e modificar crenças disfuncionais de Jane significou possibilitar também a modificação de reações emocionais e comportamentais decorrentes da ativação de tais crenças (Pereira & Rangé, 2011). A partir da identificação e da reestruturação de suas crenças disfuncionais foi possível modificar suas emoções e comportamentos; neste sentido, o tratamento iniciou-se a

partir do monitoramento de pensamentos automáticos a fim de identificar as crenças disfuncionais que estavam relacionadas à ansiedade e preocupação excessiva da paciente com a saúde.

O enfoque no processo metacognitivo e no conteúdo cognitivo trouxe benefícios ao processo terapêutico, foram utilizadas as técnicas de psicoeducação e reestruturação cognitiva, como o diálogo socrático, descoberta guiada e exame de evidências nas fases iniciais do tratamento, a fim de identificar e reestruturar as crenças desadaptativas da paciente, suas emoções e seu comportamento. Durante as sessões subsequentes foram aplicadas as estratégias de *mindfulness*, com a finalidade de encorajar a aceitação de experiências internas, bem como a exposição a estímulos aversivos em vez de continuar usando apenas as técnicas de reestruturação cognitiva.

Dessa maneira, foram combinadas ao longo do processo terapêutico as técnicas cognitivo-comportamentais tradicionais e as estratégias de *mindfulness* e aceitação. Segundo Roemer e Orsillo (2010), a esquiva experiencial ou evitação das experiências internas como pensamentos, emoções, sentimentos e sensações físicas, pode promover uma ampla variedade de problemas psicológicos, e a aceitação dessas experiências possibilita uma diminuição do sofrimento psíquico, por meio da modificação do relacionamento que o paciente estabelece com suas experiências internas.

Dessa forma, buscou-se incentivar a paciente a adotar uma postura de *mindfulness* e aceitação com relação aos estímulos aflitivos de ansiedade e preocupação com a saúde, com o trabalho e o futuro, opondo-se às suas estratégias automáticas de esquiva emocional. Assim, a paciente conseguiu ficar mais conectada com a sua experiência do momento presente, sem estar tão envolvida com as lembranças do seu passado ou com os pensamentos sobre o futuro, o que promoveu a reestruturação cognitiva-comportamental e a ressignificação dos eventos da sua história.

Importante enfatizar que, durante as sessões iniciais, foi realizada a psicoeducação da paciente sobre o modelo cognitivo, com a finalidade de conduzir a paciente para que ela pudesse compreender de que maneira os seus pensamentos automáticos interferiam em suas emoções, em seu comportamento e em suas reações fisiológicas. Além disso, foram utilizados a partir da sexta sessão os princípios fundamentais do método *mindfulness* (observação dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais, com aceitação, receptividade e sem julgamentos) e também foi solicitado que a paciente fizesse o registro dos pensamentos disfuncionais (RPD).

A partir dos dados obtidos ao longo das sessões e dos registros de pensamentos realizados pela paciente foi possível identificar os pensamentos automáticos, crenças centrais e intermediárias, e as estratégias compensatórias utilizadas para lidar com os problemas. A avaliação cognitiva da paciente era bastante rígida e negativa, ou seja, a interpretação que ela fazia da sua realidade e das situações vivenciadas em seu cotidiano era negativa e distorcida pelas suas crenças disfuncionais, provocando algumas distorções cognitivas que já foram citadas anteriormente.

Nesse sentido, também foi realizada a psicoeducação acerca do estresse, ansiedade, relação mente-corpo e as possíveis causas e condições para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas. Assim, buscou-se compreender os pensamentos e o sistema de crenças construídas pela paciente, contextualizando os seus sintomas psicofísicos com a sua história de vida, a maneira como ela se relacionava com esses sintomas, bem como a função e o sentido desses sintomas na vida da paciente.

A psicoeducação sobre o modelo cognitivo e o padrão de funcionamento mental com *mindfulness* foi uma estratégia terapêutica eficaz para o engajamento da paciente no processo psicoterápico, ocorrendo de forma contínua nas sessões, com o auxílio de textos curtos sobre psicossomática e o método *mindfulness*. Solicitou-se ao longo do processo que a paciente fizesse o monitoramento consciente dos pensamentos e das suas reações emocionais, comportamentais e fisiológicas. Assim, a paciente passou a anotar seus pensamentos automáticos e sua maneira de responder as situações que lhe causavam angústia, medo, ansiedade e preocupação.

Conforme Roemer e Orsillo (2010), as práticas de *mindfulness* realizadas na psicoterapia foram essenciais para o fortalecimento da aliança terapêutica, aumentando o sentimento de empatia, harmonia e confiança entre a paciente e o terapeuta, ajudando ambos a permanecerem presentes, focados e implicados na relação terapêutica.

No plano de tratamento da Terapia Cognitiva baseada na Atenção Plena foram realizadas ao todo seis práticas formais de *mindfulness*, aplicadas ao longo do processo psicoterápico na seguinte ordem: 1) Meditação da atenção plena à respiração (respiração consciente); 2) Meditação da atenção plena em 3 fases; 3) Meditação *body scan* (escaneamento corporal); 4) Meditação de alongamento e respiração (alongamento consciente); 5) Meditação do amor-bondade e compaixão (meditação *loving-kindness*); 6) Meditação da gratidão. Esses exercícios de meditação fizeram parte das intervenções terapêuticas, juntamente com outras técnicas cognitivas e comportamentais.

A prática de *mindfulness* com foco na respiração foi introduzida no plano de tratamento a partir da sétima sessão, a fim de que a paciente pudesse se familiarizar com a meditação da atenção plena. Realizou-se novamente a psicoeducação da paciente com uma breve explicação sobre o conceito de *mindfulness* (atenção plena), seus objetivos no processo terapêutico, e paralelamente, já estava sendo utilizado o modelo cognitivo e o registro de pensamentos no tratamento a fim de psicoeducar a paciente acerca de seus pensamentos automáticos, suas emoções, atitudes e reações fisiológicas.

Durante a realização do exercício de *mindfulness* com foco na respiração foram realizadas algumas orientações acerca da postura adequada para realizar o exercício (ex., sentar-se na cadeira ou no chão com as pernas cruzadas, com a coluna ereta, postura atenta, relaxada e confortável), assim a paciente foi conduzida pelo terapeuta a manter sua atenção ancorada na respiração e, em seguida, incentivada a observar o conteúdo dos seus próprios pensamentos, com uma postura de aceitação e gentileza, sem criticar, resistir ou julgar os pensamentos, sentimentos e sensações corporais que surgiram ao longo do exercício.

Percebeu-se que colocar a atenção na respiração ajudou a evitar que a mente da paciente ficasse dispersa durante a prática de *mindfulness*. Nesse sentido, estudiosos enfatizam que a respiração consciente é extremamente importante na meditação, sendo, portanto, uma maneira de o paciente sair do piloto automático e reestabelecer a sua conexão com o momento presente (Teasdale, Segal & Williams, 2016).

No final do exercício de *mindfulness* com foco na respiração, o terapeuta solicitou o *feedback* da paciente a fim de compreender como ela se sentiu durante e após o exercício, buscando analisar a sua percepção acerca da experiência, além de verificar quais pensamentos, sentimentos e sensações físicas surgiram durante o exercício de atenção plena à respiração. Com a prática da meditação da respiração consciente, depois de estabelecer a concentração, Jane conseguiu observar o fluxo de pensamentos, emoções e sensações corporais sem julgá-los como bons ou maus, apenas percebendo que eles não eram permanentes, mas que estavam em constante transformação.

Após duas sessões com o uso da meditação *mindfulness* com foco na respiração, foram realizadas três sessões com a Meditação da Atenção Plena em 3 fases. A primeira fase consistiu na respiração para relaxar a mente e concentrar-se no momento presente; a segunda fase consistiu na observação dos pensamentos, sentimentos e sensações físicas sem se apegar a eles, com uma postura de aceitação, curiosidade e flexibilidade; e a terceira fase foi a observação da consciência com o objetivo de analisar as causas e as condições das

experiências internas, além de produzir *insights* e desenvolver um estado de consciência ampliada e focada no momento presente.

Durante as intervenções com os exercícios de *mindfulness*, realizou-se a técnica da respiração diafragmática; dessa maneira, quando a paciente respirava mais lenta e profundamente, entrava no estado de coerência cardíaca, atingindo um equilíbrio entre o coração e o cérebro, regulando a frequência respiratória e os batimentos cardíacos e, assim, podendo alcançar um estado de relaxamento psicofisiológico (Bauer, 2016). Portanto, o uso dessa técnica possibilitou a redução dos níveis de estresse e ansiedade da paciente, regulação das suas emoções e melhora das suas habilidades cognitivas.

Através da prática da Meditação *Body Scan* (Escaneamento Corporal) no processo psicoterápico foi possível desenvolver na paciente um estado de atenção plena para a experiência do corpo. O objetivo dessa prática meditativa foi conduzir a paciente, por meio de exercícios estruturados de respiração e relaxamento corporal, para dirigir, sustentar e deslocar a sua atenção para as sensações corporais que surgiam no momento presente, fazendo uma espécie de escaneamento corporal. Foram realizadas duas sessões com a meditação *body scan*, e em cada uma foram realizadas algumas orientações breves antes da aplicação da técnica e solicitou-se que Jane ficasse deitada em um sofá com a cabeça apoiada no travesseiro, em uma posição confortável.

A meditação *body scan* foi um recurso terapêutico que a auxiliou na tomada de consciência da sua respiração, do fluxo de pensamentos e das suas sensações corporais, com delicadeza e curiosidade, enquanto focalizava a atenção em cada parte do seu corpo de forma gradativa. Dessa forma, no final da sessão a paciente deu um *feedback* positivo sobre a experiência, afirmou que “a cabeça estava tão leve que em determinado momento não me percebi mais deitada no sofá”, “foi uma sensação de bem-estar e tranquilidade”, “não foi uma sensação de sono, estava consciente, desperta e relaxada”, “consegui perceber todas as partes do meu corpo”. A paciente relatou que em determinado momento havia ficado tão relaxada a ponto de sentir que estava em um estado de levitação e ficou um pouco assustada quando a voz do terapeuta pareceu ficar distante e não sentia mais o seu corpo, percebia que o corpo não estava mais no sofá. Assim, a meditação *body scan* com o auxílio da indução hipnótica provocou na paciente um estado alterado de consciência, isto é, uma experiência transcendental de unidade e conexão entre a mente, o corpo e o universo (Rogers, 1987).

A Meditação do Alongamento e Respiração (Alongamento Consciente) foi uma ferramenta terapêutica utilizada em duas sessões de maneira intercalada com a prática do *body scan*. Essa prática meditativa teve por objetivo despertar a paciente para o cuidado com o seu

corpo. Dessa forma, realizou-se o alongamento consciente, através de exercícios físicos leves e suaves, seguido imediatamente por uma meditação com foco na respiração na posição sentada.

Durante as intervenções com o método de treinamento *mindfulness* em cada sessão de psicoterapia foi realizado um reforço da psicoeducação sobre o conceito de atenção plena, foram ensinadas na psicoterapia as habilidades de *mindfulness* e também a maneira mais adequada de realizar as práticas formais e informais de meditação no cotidiano. Fizeram parte das práticas informais do processo psicoterápico e sugeridos como exercícios de casa, realizar diariamente uma ou duas atividades rotineiras com atenção plena, por exemplo: comer consciente, caminhar consciente, tomar banho, limpar a casa, ler um livro, entre outras atividades que foram escolhidas pela paciente durante as sessões de psicoterapia.

Além da meditação formal, as práticas informais de *mindfulness* foram essenciais para que Jane pudesse cultivar a atenção plena no seu dia, concentrando a atenção em suas sensações a cada instante durante as atividades cotidianas. Isto é possível fazendo-se uma coisa de cada vez e dando-lhe toda a atenção. Em determinado momento do processo terapêutico, a paciente trouxe queixas acerca da sua dificuldade de se planejar e organizar a sua rotina, finalizar as tarefas do seu dia, pois quando não conseguia realizar o que havia planejado ficava bastante ansiosa, nervosa e desanimada. Portanto, utilizou-se no processo terapêutico o método comportamental conhecido como programação de atividades, a paciente foi instruída a construir uma agenda semanal de atividades a fim de organizar a sua rotina, além de incentivá-la para se envolver em atividades agradáveis, produtivas ou de lazer de sua preferência.

Desse modo, realizou-se a ativação comportamental da paciente juntamente com os exercícios de *mindfulness*, com o objetivo de encorajá-la no desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável para melhorar o seu humor e o seu bem-estar, elevar o seu nível de energia e motivação. Portanto, buscou-se incentivar a paciente para praticar exercícios físicos em sua rotina, como yoga, pilates ou caminhada, com a finalidade de envolvê-la em um processo de mudança e estimular o movimento positivo para a construção de fatores de proteção. Assim, a mesma passou a fazer caminhada com o seu cachorro de estimação todos os dias pela manhã. A modificação comportamental da paciente surtiu um efeito positivo em seus padrões disfuncionais de pensamento, em suas emoções e reações fisiológicas.

A cada sessão foram passadas algumas orientações para a realização das práticas formais e informais de *mindfulness* e também era solicitado o *feedback* da paciente com o objetivo de analisar como ela estava praticando os exercícios de meditação em casa e os

efeitos que percebia na sua saúde de maneira geral. Durante o tratamento, a paciente relatou que as práticas de meditação estavam lhe ajudando a “suportar a vida”, e afirmou que a “meditação é um remédio”, bem como sentia a necessidade de praticar os exercícios de *mindfulness* todos os dias, geralmente antes de ir para o seu trabalho. Como qualquer habilidade adquirida, a experiência de *mindfulness* tornou-se mais consistente à medida que Jane aplicava as práticas meditativas em seu cotidiano.

Nesse sentido, Jane incorporou na sua rotina a meditação da atenção plena na posição sentada (todas as seis práticas formais de *mindfulness* realizadas ao longo do processo terapêutico foram enviadas para a paciente no formato de áudio). Ademais, foi incentivada a integrar a prática da meditação com a sua vida diária, por meio de exercícios como o espaço de respiração de 3 minutos de modo regular e espaços curtos de respiração adicionais, além das práticas informais de *mindfulness*.

Portanto, os exercícios de consciência respiratória foram estratégias adotadas pela paciente que lhe ajudaram a enfrentar as situações de ansiedade e estresse emocional. Ao longo do tratamento buscou-se trabalhar com a paciente o cuidado de si e do outro, o reconhecimento dos próprios limites e responsabilidades, foram discutidas também as vantagens e desvantagens do seu trabalho, com a finalidade de desenvolver as habilidades da paciente para a resolução de problemas e novas possibilidades para melhorar sua qualidade de vida.

Através das intervenções com a Meditação *Loving-Kindness* (Amor-Bondade e Compaixão) no processo psicoterápico foi possível desenvolver em Jane a sua autocompaixão, sua resiliência emocional e capacidade de amor próprio. De acordo com Bauer (2016), essa meditação funciona como uma ferramenta terapêutica que ajuda a cultivar e dirigir sentimentos mais saudáveis e positivos para si e para as outras pessoas, além de auxiliar o indivíduo a lidar com situações estressantes de forma mais saudável e menos reativa, podendo diminuir a sensação de estar sobrecarregado e melhorar a conexão nos relacionamentos interpessoais.

O objetivo dessa prática de meditação foi desenvolver na paciente o aumento do seu bem-estar subjetivo, reduzir os seus níveis de estresse e ansiedade, bem como estimular as emoções e os estados cognitivos positivos. Foram realizadas 3 sessões com a prática da meditação amor-bondade e compaixão, introduzindo em cada encontro alguns ensinamentos da psicologia positiva.

Nessa prática meditativa, o indivíduo cultiva a intenção de viver emoções positivas durante o momento da meditação, bem como na vida em geral. Assim, torna-se possível

aprender sobre a natureza da própria mente e descartar pressupostos falsos sobre as fontes da própria felicidade. Um objetivo importante dessa prática de meditação é aumentar a felicidade cultivando sentimentos positivos em relação a outras pessoas, o que permite a mudança da visão essencial que o indivíduo tem de si em relação aos outros, aumentando a empatia geral (Dalai Lama & Cutler, 2000).

A meditação da Bondade Amorosa e Compaixão ativa circuitos cerebrais para bons sentimentos, aumenta a compreensão empática e estimula o comportamento compassivo (Goleman & Davidson, 2017). Dessa forma, Jane relatou que nas primeiras vezes que fez a meditação *Loving-Kindness* teve dificuldade para direcionar bons sentimentos para uma pessoa da sua família que havia lhe causado muito sofrimento, mas ao longo das sessões de psicoterapia a paciente compreendeu melhor sua percepção sobre esse acontecimento do passado e os sentimentos que tinha em relação à pessoa e, por fim, a experiência foi ressignificada. A Meditação do Amor-Bondade e Compaixão melhorou a saúde física e mental de Jane, trazendo calma e leveza para sua mente e paz ao seu coração, além de reduzir as emoções negativas como raiva, medo e tristeza, e aumentar os sentimentos de amor, bondade e compaixão.

Os princípios básicos e estudos da Psicologia Positiva demonstram que o cultivo da gratidão promove muitos benefícios para a saúde psicológica. Dessa forma, para superar uma tendência do cérebro de focar nos aspectos negativos, é fundamental exercitar e cultivar diariamente a gratidão. Através do sentimento de gratidão é possível adquirir mais saúde e equilíbrio emocional, desenvolvendo uma circuitaria neuronal positiva que melhora a autoestima, o bem-estar e a resiliência (Bauer, 2016).

Nesse sentido, a última prática de *mindfulness* realizada no processo psicoterápico foi a Meditação da Gratidão, que teve por objetivo ensinar Jane a apreciar o belo e praticar a gratidão, focar nos aspectos positivos da vida, colocar a atenção no que funciona e existe de melhor em seu cotidiano, auxiliando a paciente a focar em soluções e desenvolver uma mente mais otimista. Foram utilizadas 3 sessões para a prática dessa meditação, realizou-se a psicoeducação sobre os princípios básicos da psicologia positiva e a paciente foi incentivada a produzir um “Diário de Gratidão” a fim de registrar as coisas boas e positivas que aconteciam em sua vida.

A Meditação da Gratidão foi uma ferramenta utilizada no processo terapêutico que auxiliou a paciente a buscar um sentido ou propósito de vida, bem como modificar cognições e emoções negativas, permitindo que ela pudesse enxergar a si mesma e o mundo de uma forma mais realista e adaptativa, buscando identificar suas qualidades, habilidades e

potencialidades. De acordo com Frankl (1991), encontrar uma sensação de sentido da vida ajuda a servir como um antídoto para o desespero e a desilusão.

Destarte, através das práticas formais e informais de *mindfulness* foi possível Jane alcançar um estado de atenção e aceitação, tanto em relação aos processos internos, como o respirar, as sensações corporais, os pensamentos e as emoções, quanto aos estímulos externos, utilizando os sentidos. Ao longo das sessões de psicoterapia, foram ofertadas as ferramentas necessárias para que ela pudesse cultivar um estado de consciência caracterizado pela clareza e de atenção plena em relação à experiência do aqui e do agora.

Mediante as práticas de *mindfulness* realizadas durante o processo terapêutico, a paciente relatou que aprendeu a identificar os seus próprios limites, lidar melhor com os seus problemas e com os fatores ansiogênicos e estressores do seu trabalho, parou de julgar os seus pensamentos, emoções e sentimentos, passou a aceitar e compreender o jeito de ser e a forma de agir da mãe, e parou de absorver os problemas das pessoas. Ademais, as estratégias de *mindfulness* aprendidas ao longo do processo terapêutico provocaram o rompimento do círculo vicioso de automedicação da paciente.

O plano de tratamento da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* e aceitação auxiliou a paciente para identificar, aceitar e compreender os seus pensamentos e sentimentos indesejados, como a ansiedade, a dor e o medo, como uma alternativa à esquiva de suas experiências internas. Durante o processo utilizou-se a técnica de resolução de problemas, com o objetivo de auxiliar a paciente a desenvolver novas estratégias para lidar com as situações ansiogênicas do seu trabalho. Assim, houve uma maior regulação das suas emoções e a modificação das suas respostas comportamentais desadaptativas, adotando-se estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Sintetizando, através das práticas de meditação no processo terapêutico, o simples ato de sentar-se em silêncio, direcionando a atenção para os fenômenos que se manifestavam na mente consciente, foi uma experiência positiva que provocou uma mudança significativa na maneira de pensar, sentir e agir da paciente. Assim, Jane desenvolveu um modo de funcionamento chamado de “mente de principiante”, conduzindo sua mente a uma maior precisão, equilíbrio e compreensão das suas experiências subjetivas (Kabat-Zinn, 2013).

Assim sendo, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura científica, pois indicam que a prática de *mindfulness* em psicoterapia pode aumentar a resiliência, a compaixão e a empatia, reduz os níveis de estresse e ansiedade, melhora o desempenho cognitivo e a regulação emocional, promove a ampliação da consciência (*awareness*), isto é, a

capacidade de perceber as experiências subjetivas do momento presente nos níveis corporal, mental e emocional (Kabat-Zinn, 2003; Hofmann et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de tratamento da Terapia Cognitiva baseada na Atenção Plena mostrou-se eficaz no manejo clínico do estresse e da ansiedade, pois a paciente alcançou seus objetivos relatados no início do processo terapêutico, ou seja, sua preocupação excessiva com a saúde diminuiu consideravelmente, houve uma remissão completa dos sintomas psicossomáticos, bem como a redução dos níveis de estresse e ansiedade. Além disso, desenvolveu uma nova maneira de abordar seu potencial de atenção e estabelecer um relacionamento com a experiência que lhe ocorria no momento presente, o que diminuiu a sua tendência de se identificar com pensamentos negativos e distorcidos.

As intervenções terapêuticas com o uso da técnica *mindfulness* estimularam o autoconhecimento e a flexibilidade psicológica da paciente, a sua capacidade de agir de modo mais adaptativo, mesmo na presença de pensamentos, sensações e sentimentos difíceis que poderiam surgir durante esse movimento. Ademais, a postura de atenção focada e intencional aos aspectos internos e externos da sua própria consciência através do processo de metacognição permitiu o desenvolvimento da autoconsciência, auxiliando na ressignificação dos acontecimentos da sua vida. Portanto, a prática de *mindfulness* foi uma estratégia de cuidado fundamental que facilitou o processo de mudança terapêutica.

Nesse sentido, a prática de *mindfulness* trouxe vários benefícios para a saúde mental e física de Jane que, adquiriu um estilo de vida mais saudável e produtivo, desenvolveu atitudes e sentimentos positivos acerca de si mesma e das pessoas, o que contribuiu para o seu bem-estar e o maior engajamento da paciente no processo terapêutico.

No decorrer das práticas formais de *mindfulness*, tanto durante as sessões de psicoterapia quanto as práticas informais realizadas pela paciente como atividade para casa, constatou-se que a mesma desenvolveu um estado ampliado de consciência que a tirou para fora do círculo vicioso da dor e da esquiva experiencial. Desse modo, as dores psicossomáticas que sentia no olho direito e na cabeça desapareceram após somente oito sessões de psicoterapia com o uso da meditação *mindfulness*, houve também uma considerável redução dos sintomas de estresse e ansiedade. Os exercícios de *mindfulness* contribuíram para o rompimento dos padrões cognitivos disfuncionais, bem como promoveram respostas emocionais e comportamentais mais adaptativas.

Diante disso, as intervenções terapêuticas que usam o método *mindfulness* são alternativas eficientes ao tratamento farmacológico nos transtornos psicológicos da atualidade, o que vem corroborar a relevância dos cuidados clínicos baseados na atenção plena no campo da saúde mental. Portanto, as práticas de *mindfulness* apresentadas nesse estudo podem ser consideradas um mecanismo de promoção da saúde, bem como um recurso terapêutico que proporcionou o bem-estar subjetivo de Jane, e conseqüentemente, a diminuição do seu sofrimento psíquico e a melhora da sua qualidade de vida.

Por fim, o presente estudo de caso não teve o propósito de esgotar as discussões acerca da temática analisada. Deve-se, portanto, considerar as suas limitações empíricas, tendo em vista a complexidade das práticas de *mindfulness* e a dificuldade de se avaliar construtos como a atenção, a sensopercepção, a consciência, o estresse e a ansiedade. Sendo assim, torna-se fundamental que novas pesquisas sejam produzidas sobre a prática de *mindfulness* na psicoterapia para que este recurso possa ser utilizado por mais profissionais da psicologia em suas práticas clínicas, com a finalidade de desenvolver estratégias inovadoras de manejo das experiências subjetivas e promover resultados duradouros aos pacientes com os mais variados problemas psicológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Antunes, L. B. (2018). *Práticas Integrativas Complementares em Saúde: “Mindfulness” no Controle das Cefaleias - Uma Revisão Sistemática e Metanálise*. Dissertação de mestrado. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
- Bauer, S. (2016). *O Salto Do Coração: Neurociência, Psicologia Positiva e Meditação*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Calvetti, P.U., Muller, M.C., & Nunes, M.L.T. (2007). *Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios*. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 27(4), pp. 706-717.
- Dalai Lama & Cutler, H. C. (2000). 1ª ed. *A arte da felicidade: um manual para a vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Frankl, V. E. (1991). *Em Busca de Sentido*. 1ª ed. Petrópolis: Vozes.

- Freire, P. A. (2008). *Assédio moral e saúde mental do trabalhador*. Revista Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, nº 2, vol. 6.
- Freitas, G.O. & Godoi-de-Sousa, E. (2018). *Recrutamento, seleção, desenvolvimento e motivação: uma análise a partir da percepção do profissional operador de telemarketing*. Revista Tecer. Belo Horizonte, nº 11, vol. 20.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., & Fulton, P.R. (2016). *Mindfulness e psicoterapia*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *A ciência da meditação: como transformar o cérebro, a mente e o corpo*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hofmann, S.G. (2014). *Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A., and Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 78, pp. 169-183.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 10, pp. 144-156.
- Lima, A. F. G., & Sene, A. S. (2017). *Mindfulness nas terapias de redução da ansiedade*. Rev. Psicologia e Saúde em Debate. Nov.3 (Supl.1), pp. 40-41.
- Limberger, J., Mello, L. T. N., Schneider, J. A., & Andretta, I. (2017). *Mindfulness no treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 13(2), pp. 84-91.
- Menezes, C. B., & Bizarro, L. (2015). *Effects of a Brief Meditation Training on Negative Affect, Trait Anxiety and Concentrated Attention*. Paidéia, 25(62), pp. 393-401.
- Neta, A.A.S.C. (2017). *Aceitando ou mudando pensamentos? Como práticas de mindfulness são integradas no Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*. Dissertação de mestrado. São Luís: Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
- Oliveira, C. P., Moraes, M. A., & Moura, T. C. (2016). *Intervenções cognitivo-comportamentais para gerenciamento de estresse em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática*. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 14, n. 2, p. 125-132.
- Pagio, M. B. S., & Assumpção, A. A. (2018). *Terapia do esquema como ferramenta para a construção da conceitualização cognitiva: Revisão integrativa*. Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 6, jul./dez. ISSN 2448-0738.

Pereira, M., & Rangé, B. (2011). Terapia cognitiva. In Rangé, B.P. et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed., Cap 1, pp. 20-32). Porto Alegre: Artmed.

Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed.

Rogers, C. R. (1987). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: EPU.

Siqueira, M. V. F. (2018). *As implicações de um serviço de call center no índice de estresse dos trabalhadores noturnos*. Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD).

Teasdale, J.D., Williams, M., & Segal, Z. (2016). *Manual Prático de Mindfulness (Meditação da Atenção Plena)*. São Paulo: Pensamento.

ANEXOS

Anexo 1: Normas da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas

Orientações gerais sobre a submissão:

Manuscritos

Ao iniciar o processo de submissão, o autor responsável deverá indicar a modalidade na qual o manuscrito se enquadra, formatando o mesmo conforme as seguintes orientações:

Relatos de pesquisas (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de investigação original baseada em dados empíricos.

Artigos de revisão (15-25 páginas): revisão sistemática da literatura, revisão narrativa e ensaio temático (artigo teórico).

Comunicações breves (10-20 páginas): relatos breves de pesquisa empírica (por exemplo, estudos piloto), relatos de experiência profissional com características de inovação, estudos de caso com características especiais que justifiquem interesse na área e notas técnicas sobre procedimentos e métodos.

Resumo e Abstract: (a) resumo em português de 150 a 200 palavras, com três palavras-chave em português, consultadas previamente no DeCS (<http://decs.bvs.br/>) e no BVS Psicologia (<http://www.bvs-psi.org.br/>); (b) abstract (versão do resumo em inglês) com as palavras-chave em inglês, consultadas previamente no MeSH terms (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

Figuras e Tabelas: deverão ser indicadas no texto, devendo ser submetidas separadamente no sistema. O SGP aceita apenas imagens em alta definição com as seguintes características: Largura superior a 1000 px e DPI igual ou maior que 200; formato de imagem preferencialmente TIFF ou JPG; tamanho máximo da imagem de 5 MB. A formatação de figuras e tabelas deve, obrigatoriamente, seguir as normas da sexta edição do Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010).

Anexos e Notas: somente utilize anexos e notas de rodapé se forem realmente imprescindíveis para a compreensão do texto. Caso indispensável, os anexos devem ser apresentados em uma nova página, após as referências. Os anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas. Notas de rodapé devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada "Notas". Os anexos e notas devem ser contabilizados no limite de páginas para cada modalidade de submissão.

Referências: as referências bibliográficas deverão ser relacionadas alfabeticamente, no final do texto, conforme normas da sexta edição do Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010). Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação, incluindo caracteres em itálico e recuo de aproximadamente 5 espaços a partir da segunda linha, em formatação que deve ser empregada nos manuscritos submetidos à RBTC.

Anexo 2: Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

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

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícilmente pude suportar.
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Anexo 3: Inventário de Burnout de Maslach (MBI)

Maslach Burnout Inventory - Variáveis do MBI

Marque (x) na coluna correspondente:

1- Nunca | 2- Raramente | 3- Algumas vezes | 4- Frequentemente | 5- Sempre

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	SB1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.					
2	SB2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.					
3	SB3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.					
4	SB4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.					
5	SB5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.					
6	SB6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.					
7	SB7. Lido eficazmente com o problema das pessoas.					
8	SB8. Meu trabalho deixa-me exausto (a).					
9	SB9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.					
10	SB10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.					
11	SB11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.					
12	SB12. Sinto-me com muita disposição e vitalidade.					
13	SB13. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.					
14	SB14. Creio que estou trabalhando em demasia.					
15	SB15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.					
16	SB16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.					
17	SB17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.					
18	SB18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.					
19	SB19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.					
20	SB20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades.					
21	SB21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.					
22	SB22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.					