

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MEDITAÇÃO PARA REDUÇÃO DO *STRESS*

Autor: **Luciana Pucci Santos**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – HCTE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ -, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Sob a Orientação do Professor
Luís Alfredo Vidal de Carvalho

Co-orientação do Professor
Ricardo Wagner

Rio de Janeiro, RJ

Novembro de 2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MEDITAÇÃO PARA REDUÇÃO DO *STRESS*

Autor: **Luciana Pucci Santos**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – HCTE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Sob a Orientação do Professor
Luís Alfredo Vidal de Carvalho

Co-orientação do Professor
Ricardo Wagner

Rio de Janeiro, RJ

Novembro de 2008

F237 Santos, Luciana Pucci, 1976-
Meditação para Redução do S*tress* / Luciana Pucci Santos – Rio de Janeiro : UFRJ, 2008.
xxii, 284f. : il.

Orientador: Luís Alfredo Vidal de Carvalho.
Co-orientador: Ricardo Wagner.
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia.
Bibliografia: f.225-244.

1. Meditação. 2. *Stress*. 3. Relações mente-corpo. 4. Filosofia Oriental. I. Carvalho, Luís Alfredo Vidal de Carvalho. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia. III. Título.

CDD 158.12

MEDITAÇÃO PARA REDUÇÃO DO *STRESS*

Autor: Luciana Pucci Santos

Orientadores: Prof. Luís Alfredo Vidal de Carvalho
Prof. Ricardo Wagner

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ -, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências,

Aprovado por:

Presidente, Prof. Luís Alfredo Vidal de Carvalho, D.Sc., UFRJ
(Orientador)

Prof. Ricardo Wagner, D.Sc., UFRJ
(Co-Orientador)

Prof. Ricardo Silva Kubrusly, D. Sc., UFRJ

Prof. Sérgio Exel, D. Sc., UFRJ

Prof. André do Eirado Silva, D.Sc, UFF

Rio de Janeiro, RJ

Novembro de 2008

Dedico esta pesquisa àqueles que me acompanham nesta existência, João Victor e Ricardo, aos meus familiares que compreenderam a importância desta etapa em minha vida e empreenderam juntamente comigo a construção da mesma.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi influenciado e inspirado por diversas pessoas, que eu gostaria de agradecer. Em primeiro lugar, quero manifestar meus agradecimentos ao meu orientador, Prof. Luís Alfredo Vidal de Carvalho pelas valiosas orientações no desenvolvimento científico desta pesquisa, respeitando e apoiando meus interesses em estudos não convencionais, e ao meu co-orientador, Prof. Ricardo Wagner, pelo embasamento teórico-prático em meditação a luz da filosofia milenar oriental, encorajando-me a superar minhas próprias limitações. Quero ainda, agradecer a algumas pessoas que contribuíram de modo bastante ativo a operacionalização desta pesquisa como a Dra. Virgínia Maria Almeida de Freitas e a Izabel Maria Mendonça Ferreira Fonseca que permitiram o acesso ao Hospital Nossa Senhora da Piedade no município de Paraíba do Sul, do mesmo modo que a Anadyr Cordeiro Herdy facilitadora ao acesso a este estudo da comunidade discente, docente e ao corpo de funcionários da Universidade do Grande Rio – UniGranRio e ao Raimundo José Macário Costa pelo diálogo.

Ainda quero agradeço a Deus pela vida, a Natureza pela disponibilidade dos fenômenos, aos Homens pelo acesso as organizações, a filosofia milenar oriental por disponibilizar a Humanidade um dos mais simples e nobres processos de auto-conhecimento que é a Meditação, ao meu filho João Victor pela inspiração, aos meus pais, irmão e avós os alicerces de meu ser, ao Ricardo pela companhia, a Brits, a Lulu, a Fufi, a Amorzinho, ao Fred e ao Tigrinho pela companhia e pela convivência.

RESUMO

MEDITAÇÃO PARA REDUÇÃO DO *STRESS*

Autor: Luciana Pucci Santos

Orientadores: Prof. Luís Alfredo Vidal de Carvalho
Prof. Ricardo Wagner

Resumo da Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências.

O presente trabalho trata o tema da redução do *stress*, focalizando a sua redução por meio da meditação. A hipótese principal da Tese foi a de que a prática da Meditação *Vipassana* (*Mindfulness Meditation)*, é capaz de reduzir a tensão interna por meio da plena atenção do fluxo e conteúdo do processo mental. Com o objetivo de investigar o potencial da técnica de Meditação *Vipassana* na redução do *stress*, a pesquisa realizou uma integração entre recentes pesquisas empíricas ocidentais em aplicações clínicas desta meditação, com um experimento prático segundo as técnicas relatadas na filosofia milenar oriental. A metodologia de trabalho adotada foi a da revisão integrada da literatura sobre Meditação e *Stress*, disponibilizando as descobertas mais importantes, as controvérsias e os progressos na compreensão ocidental desta técnica meditativa, associada com a realização de um experimento científico para redução do *stress* através do treinamento teórico e prático em meditação *Vipassana*. Os resultados da pesquisa experimental realizada, confirmam a eficácia das práticas de meditação Vipassana apontada na literatura científica especializada, corroborando as hipóteses da Tese relativa aos efeitos positivos da meditação Vipassana para redução do *stress*. Como sugestão para trabalhos futuros, a Tese recomenda a pesquisa em ampla escala sobre os benefícios da Meditação Vipassana para redução do *stress*, mantendo-se uma rigorosa ênfase nos padrões metodológicos e científicos. A Tese sugere ainda a realização de novas pesquisas sobre outras possíveis aplicações das técnicas de meditação à luz da filosofia milenar oriental, passíveis de serem analisadas e sintetizadas por métodos científicos.

Palavras chave: Meditação, *Stress*, Medicina Mente/Corpo, Filosofia Milenar Oriental

Rio de Janeiro, RJ

Novembro de 2008

ABSTRACT

MEDITATION FOR REDUCTION OF THE *STRESS*

Author: Luciana Pucci Santos

Orientaters: Prof. Luís Alfredo Vidal de Carvalho
Prof. Ricardo Wagner

Abstract of the Thesis of Doctorate subject to program post-graduation in History of Sciences and Techniques and Epistemology – Federal University of Rio de Janeiro - UFRJ, as part of the requirements necessary for obtaining the Doctor in Sciences.

This work is the focus of *stress* reduction through meditation. The main thesis hypothesis was that the practice of Meditation *Vipassana* (Meditation Mindfulness), is capable of reducing tension internal through the full attention of the content and flow of process of mind. To investigate the potential driveline *Vipassana* Meditation in reducing the *stress*, the research carried out an integration between recent empirical research Western clinical applications of this meditation, with a second experiment practical techniques reported in Eastern millenary philosophy. The methodology of work adopted was the review of integrated literature on meditation and *stress*, making the most important, the controversies and progress in understanding this Western technical meditative, associated with a scientific experiment to reduce the *stress* through training of theoretical and practical *Vipassana* Meditation. The search results experimental held, confirm the effectiveness of practices *Vipassana* Meditation pointed in the scientific literature specialized, supporting the chances of thesis on the positive effects of *Vipassana* Meditation to reduce the *stress*. As a suggestion for future work, the award recommends large-scale search on the benefits of *Vipassana* Meditation to reduce the *stress*, maintaining a strict emphasis on methodological and scientific standards. The thesis suggests further research on other possible applications of the techniques of meditation philosophy Eastern millenary, countervailable are analysed and synthesized by scientific methods.

Key Words: Meditation, *Stress*, Medicine Mind/Body, Eastern Millenarian philosophy

Rio de Janeiro, RJ

November 2008

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1- Descrição Procedimentos das Atividades Semanais dos Grupos Testes 8
Tabela 1 – Incidência de *Stress* por cidade brasileira e por sexo 22
Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada 54
Quadro 3 - Critérios Diagnósticos para Transtornos de Ajustamento 55
Quadro 4 - Síntese Pesquisadores da Nova Abordagem Medicina Mente/Corpo 72
Quadro 5 - Programa de Redução do *Stress* baseado em *Mindfulness* (MBSR) 99
Tabela 2 – Total de Voluntários do Experimento Científico 151
Tabela 3 - Variação do Número de Voluntários durante o Experimento 156
Tabela 4 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste 157
Tabela 5 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 158
Tabela 6 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 159
Tabela 7 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 160
Tabela 8 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 160
Tabela 9 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste 161
Tabela 10 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL 161
Tabela 11 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI 161
Tabela 12 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI 162
Tabela 13 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS 162
Tabela 14 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste 163
Tabela 15 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 164
Tabela 16 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 165
Tabela 17 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 166
Tabela 18 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 166
Tabela 19 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste 167
Tabela 20 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL 167
Tabela 21 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI 167
Tabela 22 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI 168
Tabela 23 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS 168
Tabela 24 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste 169
Tabela 25 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 170
Tabela 26 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 171
Tabela 27 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 172
Tabela 28 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste 172
Tabela 29 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste 173
Tabela 30 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL 173
Tabela 31 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI 173
Tabela 32 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI 174
Tabela 33 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS 174
Tabela 34 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL entre TM e TP 179
Tabela 35 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre TM e TP 179
Tabela 36 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre TM e TP 180
Tabela 37 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre TM e TP 181
Tabela 38 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL entre TM e TE 182
Tabela 39 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre TM e TE 183
Tabela 40 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre TM e TE 184
Tabela 41 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre TM e TE 184
Quadro 6 - Depoimentos sobre as experiências com a Meditação Vipassana 199
Quadro 7 - Depoimentos sobre as experiências com a Meditação de Concentração 214

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1- Estrutura da Pesquisa Experimental 9
Figura 2 – Curva de Resposta do Stress 19
Figura 3 – Níveis de Resposta Biológicas do Stress 37
Figura 4 – Níveis de Resposta Biológicas do Stress 38
Figura 5 – Esquema da reação fisiológica do organismo humano ao stress 40
Figura 6 - Ciclo de Reação ao Stress 49
Figura 7 - Estratégia de Enfrentamento ao Stress: Resposta versus Reação 131
Figura 8 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste em Meditação (TM) 152
Figura 9 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste Placebo (TP) 153
Figura 10 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste Educativo (TE) 154
Figura 11- Mecanismo de Manifestação do Stress nos Indivíduos do Século XXI 316
Figura 12 – Multiperspectivas da Meditação *Vipassana* 317
Gráfico 1 - Evolução do Stress segundo ISSL 158
Gráfico 2 - Evolução do Stress segundo BAI 159
Gráfico 3 - Evolução do Stress segundo BDI 159
Gráfico 4 - Evolução do Stress segundo BHS 160
Gráfico 5 - Evolução do Stress durante o Experimento 162
Gráfico 6 - Evolução do Stress segundo ISSL 164
Gráfico 7 - Evolução do Stress segundo BAI 165
Gráfico 8 - Evolução do Stress segundo BDI 165
Gráfico 9 - Evolução do Stress segundo BHS 166
Gráfico 10 - Evolução do Stress durante o Experimento 168
Gráfico 11 - Evolução do Stress segundo ISSL 170
Gráfico 12 - Evolução do Stress segundo BAI 171
Gráfico 13 - Evolução do Stress segundo BDI 171
Gráfico 14 - Evolução do Stress segundo BHS 172
Gráfico 15 - Evolução do Stress durante o Experimento 174
Gráfico 16 - Comparativo dos Resultados ISSL entre os Grupos Teste 176
Gráfico 17 - Comparativo Resultados Pré x Pós-Teste do BAI 176
Gráfico 18 - Comparativo Resultados Pré x Pós-Teste do BDI 177
Gráfico 19 - Comparativo Resultados Pré x Pós-Teste do BHS 177
Gráfico 20 - Comportamento dos Resultados do ISSL entre TM e TP 178
Gráfico 21 - Comportamento dos Resultados do BAI entre TM e TP 179
Gráfico 22 - Comportamento dos Resultados do BDI entre TM e TP 180
Gráfico 23 - Comportamento dos Resultados do BHS entre TM e TP 181
Gráfico 24 - Comportamento dos Resultados do ISSL entre TM e TE 182
Gráfico 25 - Comportamento dos Resultados do BAI entre TM e TE 183
Gráfico 26 - Comportamento dos Resultados do BDI entre TM e TE 183
Gráfico 27 - Comportamento dos Resultados do BHS entre TM e TE 184
Gráfico 28 - Percepção de Melhora nos Quadros Físico, Emocional e Mental 186
Gráfico 29 - A percepção de melhora mais significativa 186
Gráfico 30 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Físico 187
Gráfico 31 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Emocional 187
Gráfico 32 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Mental 188
Gráfico 33 - A sensações do stress melhoraram 188
Gráfico 34 - De 0 a 100 para a melhora no stress 189
Gráfico 35 - A sensações de ansiedade melhoraram 189
Gráfico 36 - De 0 a 100 para a melhora na ansiedade 190
Gráfico 37 - A sensações depressivas melhoraram 190
Gráfico 38 - De 0 a 100 para a melhora na depressão 191
Gráfico 39 - O pessimismo melhorou 191
Gráfico 40 - De 0 a 100 para a melhora no pessimismo 192

Gráfico 41 - Os elementos reduzidos pela Meditação Vipassana 192
Gráfico 42 - Os elementos aumentados pela Meditação Vipassana 193
Gráfico 43 - Como os voluntários percebem os procedimentos da Meditação 193
Gráfico 44 - Dificuldades com a Meditação - 1a semana do treinamento 194
Gráfico 45 - Dificuldades com a Meditação - 2a semana do treinamento 194
Gráfico 46 - Dificuldades com a Meditação - 3a semana do treinamento 195
Gráfico 47 - Dificuldades com a Meditação - 4a semana do treinamento 196
Gráfico 48 - Dificuldades com a Meditação - 5a semana do treinamento 196
Gráfico 49 - Dificuldades com a Meditação - 6a semana do treinamento 197
Gráfico 50 - Dificuldades com a Meditação - 7a semana do treinamento 197
Gráfico 51 - Dificuldades com a Meditação - 8a semana do treinamento 198
Gráfico 52 - Natureza dos Eventos Estressantes durante o Experimento 198
Gráfico 53 - Voluntários que desejam continuar a prática de Meditação 200
Gráfico 54 - Prática continuada de Meditação Vipassana desejada 201
Gráfico 55 - A percepção de melhora nos Quadros Físico, Emocional e Mental 201
Gráfico 56 - A percepção de melhora mais significativa 202
Gráfico 57 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Físico 202
Gráfico 58 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Emocional 203
Gráfico 59 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Mental 203
Gráfico 60 - A percepção de melhora nas sensações do stress 204
Gráfico 61 - De 0 a 100 pontos de melhora no stress 204
Gráfico 62 - A percepção de melhora na ansiedade 204
Gráfico 63 - De 0 a 100 pontos de melhora na ansiedade 205
Gráfico 64 - A percepção de melhora na depressão 205
Gráfico 65 - De 0 a 100 pontos de melhora na depressão 206
Gráfico 66 - A percepção de melhora no pessimismo 206
Gráfico 67 - De 0 a 100 pontos de melhora no pessimismo 206
Gráfico 68 - A percepção de modificações provocadas pela meditação 207
Gráfico 69 - A percepção de alterações provocadas pela meditação 208
Gráfico 70 - Como os voluntários percebem os procedimentos da Meditação 208
Gráfico 71 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 1a semana 209
Gráfico 72 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 2a semana 209
Gráfico 73 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 3a semana 210
Gráfico 74 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 4a semana 210
Gráfico 75 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 5a semana 211
Gráfico 76 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 6a semana 211
Gráfico 77 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 7a semana 212
Gráfico 78 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 8a semana 212
Gráfico 79 - Natureza dos Eventos Estressantes durante o Experimento 213
Gráfico 80 - Voluntários que desejam continuar a prática de Meditação 215
Gráfico 81 - O modo desejado da prática continuada de Meditação 215

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
BAI	Inventário Beck para Ansiedade
BDI	Inventário Beck para Depressão
BHS	Inventário Beck para Pessimismo
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:
ISSL	Inventário de Sintomas do Stress para Adultos de Lipp
MBSR	Programa de Redução do *Stress* baseado em Meditação *Mindfulness*
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 01
1.1 Objetivo 04
1.2 Hipótese 04
1.3 Estrutura da Tese 05
1.4 Metodologia da Pesquisa 05
1.4.1 A Revisão Integrada da Literatura 05
1.4.2 A Pesquisa Experimental 07

2. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE STRESS 12
2.1 Histórico sobre o Stress 12
2.2 Conceituação de Stress 18
2.3 Epidemiologia e Prevalência 22
2.4 Etiologia 23
2.4.1 Adaptação ao Stress 23
2.4.2 Stress e Doença 24
2.4.3 Modelos Teóricos da Ansiedade 26
2.4.3.1 Saúde Mental e Psicanálise 26
2.4.3.2 Teoria Psicanalítica para a Ansiedade 29
2.4.3.3 Teoria Neuroanatômica para a Ansiedade 32
2.4.3.4 Outros Modelos Teóricos do Stress -Doença 33
2.4.4 Stress e Qualidade de Vida 35
2.5 Patofisiologia do Stress 36
2.5.1 Neurobiologia do Stress 36
2.5.1.1 Neurotransmissores e Stress 37
2.5.1.2 Eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal (HPA) 41
2.5.1.3 Eixo Simpático-Adrenal 42
2.5.1.4 Centro Cerebral Noradrenérgico 43
2.5.1.5 Papel do Locus Coeruleus (LC) no Stress 44
2.5.1.6 Regulação da Biossíntese da Norepinefrina (NE) 46
2.5.2 Psicodinâmica do Stress 50
2.5.2.1 Abordagem Psicanalítica 51
2.5.2.2 Abordagem Behaviorista 51
2.5.2.3 Abordagem Humanista 52
2.5.2.4 Abordagem Existencialista 52
2.5.2.5 Abordagem Social e Cognitiva 52
2.6 Diagnóstico do Stress. - Discussão DSM-IV 53
2.6.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada 54
2.6.2 Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação 55
2.6.3 Transtorno de Ajustamento 55
2.6.4 Escalas Diagnósticas 56

3. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O STRESS 58
3.1 Terapias Convencionais 60
3.2 Estudos da Medicina Mente/Corpo sobre o Stress 63

3.3 Terapias da Medicina Mente/Corpo para o Stress Excessivo 70
3.3.1 Friedman e Rosenman e o Comportamento Tipo A 72
3.3.2 Neal Miller e o Biofeedback. 73
3.3.3 Robert Ader e a Psiconeuroimunologia 74
3.3.4 Candace Pert e os Neuropeptídios 74
3.3.5 Theodore Barber e a Hipnose 75
3.3.6 Herbert Benson e a Reação de Relaxamento 75
3.3.7 Gerald Epstein e a Mentalização 76

4. REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA SOBRE MEDITAÇÃO 77
4.1 Histórico das Pesquisas Científicas Ocidentais sobre Meditação 78
4.1.1 Definição de Meditação Mindfulness 82
4.1.2 Meditação Mindfulness neste estudo 84
4.2 Pesquisa Ocidental sobre Meditação integrada ao Budismo Clássico 85
4.2.1 Meditação no Budismo Antigo 86
4.2.2 Meditação de Concentração segundo o Budismo 87
4.2.3 Meditação Mindfulness (Atenção Plena) segundo o Budismo 89
4.2.4 O Caminho Budista para o Insight 92
4.3 Meditação Mindfulness segundo as Pesquisas Ocidentais 96
4.3.1 As Pesquisas Ocidentais Na Saúde com Meditação Mindfulness 97
4.3.1.1 Redução do Stress com Meditação Mindfulness 98
4.3.2. Psicologia Clínica e a Meditação Mindfulness 100
4.3.2.1 Psicologia Clínica Ocidental e a do Budismo 101
4.3.2.2 Meditação Mindfulness Comparada a Psicoterapia 103
4.3.2.3 Técnicas Ocidentais e Budistas Combinadas 104
4.3.2.4 Desenvolvimento do Ego pela Meditação Mindfulness 108
4.3.2.5 Contra-indicações de Técnicas de Meditação 111
4.3.2.6 Meditação Mindfulness: Valor Clínico 114
4.3.3 Psicoterapias baseadas em Mindfulness 116
4.3.3.1 Terapia Cognitiva (MBCT) 116
4.3.3.2 Terapia de Prevenção de Recaída em Depressão 117
4.3.3.3 Terapia Comportamental Dialética 120
4.3.3.4 Terapia de Aceitação e de Compromisso 121
4.3.3.5 Terapias Comportamentais 123
4.4 Meditação Mindfulness: Mecanismos de Efeito Clínico 125
4.4.1 Comportamento de Exposição 126
4.4.2 Reorientação Cognitiva 126
4.4.3 Auto-Gerenciamento da Observação 127
4.4.4 Relaxamento 127
4.4.5 Aceitação dos Estados Manifestos 127
4.4.6 Des-automatização de Respostas Perceptivas 128
4.4.7 Surgimento do Material Reprimido 129
4.4.8 Re-significação Existencial 129
4.5 Des-Identificação e a Redução do Stress 131
4.5.1 Des-Identificação segundo a Meditação Budista 132
4.5.2 Des-Identificação segundo a Medicina Mente-Corpo 134
4.5.3 Des-Identificação segundo a Neurociência 134
4.5.4 Des-Identificação segundo a Psicoterapia 135
4.6 Estudos Neurocientíficos sobre Meditação 137
4.6.1 Atividade Alfa 139
4.6.2 Atividade Teta 141
4.6.3 Lateralidade e Dominância de Hemisfério 142
4.6.4 Estudos com Novas Tecnologias 144
4.6.5 Neuroplasticidade, Stress e Meditação 146

5. PESQUISA EXPERIMENTAL COM MEDITAÇÃO 149
5.1 Características Gerais do Experimento 149
5.1.1 Composição da Amostra 149
5.1.2 Escalas Diagnósticas Aplicadas 150
5.2 Descrição do Experimento 150
5.2.1 Grupos de Testes 150
5.2.2 Programa de Redução do Stress 151
5.2.3 Material de Apoio aos Grupos de Teste 154
5.2.4 Acompanhamento do Experimento 155
5.3 Resultados do Experimento 156
5.3.1 Tratamento Estatístico dos Dados 156
5.3.2 Resultados do Grupo Teste em Meditação (TM) 157
5.3.2.1 Evolução do Stress: Inventário Sintomas do Stress (ISSL) 158
5.3.2.2 Evolução do Stress: Inventário Beck: Ansiedade (BAI) 158
5.3.2.3 Evolução do Stress: Inventário Beck: Depressão (BDI) 159
5.3.2.4 Evolução do Stress: Inventário Beck: Pessimismo (BHS) 160
5.3.2.5 Evolução dos Níveis de Stress durante o Experimento 162
5.3.3 Resultados do Grupo Teste Placebo (TP) 163
5.3.3.1 Evolução do Stress: Inventário Sintomas do Stress (ISSL) 164
5.3.3.2 Evolução do Stress: Inventário Beck de Ansiedade (BAI) 164
5.3.3.3 Evolução do Stress: Inventário Beck para Depressão (BDI) 165
5.3.3.4 Evolução do Stress: Inventário Beck: Pessimismo (BHS) 166
5.3.3.5 Evolução dos Níveis de Stress durante o Experimento 168
5.3.4 Resultados do Grupo Educativo sobre Stress (TE) 169
5.3.4.1 Evolução do Stress: Inventário Sintomas do Stress (ISSL) 170
5.3.4.2 Evolução do Stress: Inventário Beck: Ansiedade (BAI) 170
5.3.4.3 Evolução do Stress: Inventário Beck: Depressão (BDI) 171
5.3.4.4 Evolução do Stress: Inventário Beck: Pessimismo (BHS) 172
5.3.4.5 Evolução dos Níveis de Stress durante o Experimento 174
5.4 Discussão dos Resultados 175
5.4.1 Comparativos dos Resultados dos Três Grupos Testes 175
5.4.1.1 Resultados ISSL entre os Grupos Teste 175
5.4.1.2 Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre os Grupos Teste 176
5.4.1.3 Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre os Grupos Teste 176
5.4.1.4 Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre os Grupos Teste 177
5.4.2 Comparativos dos Resultados dos Grupos Testes (TM) e (TP) 178
5.4.2.1 Resultados do ISSL entre TM e TP 178
5.4.2.2 Resultados do BAI entre TM e TP 179
5.4.2.3 Resultados do BDI entre TM e TP 180
5.4.2.4 Resultados do BHS entre TM e TP 180
5.4.3 Comparativos dos Resultados dos Grupos Testes (TM) e (TE) 181
5.4.3.1 Resultados do ISSL entre TM e TE 182
5.4.3.2 Resultados do BAI entre TM e TE 182
5.4.3.3 Resultados do BDI entre TM e TE 183
5.4.3.4 Resultados do BHS entre TM e TE 184

6. AVALIAÇÃO SUBJETIVA CONTIDA NO EXPERIMENTO 185
6.1 Resultados do Grupo Teste Meditação (TM) 185
6.1.1 Alterações no Quadro Geral Físico, Emocional e Mental 185
6.1.1.1 Alterações nos Aspectos Físicos 186
6.1.1.2 Alterações nos Aspectos Emocionais 187
6.1.1.3 Alterações nos Aspectos Mentais 187
6.1.2 Sintomas do Stress, Ansiedade, Depressão e Pessimismo 188
6.1.2.1 Alterações no Quadro Geral dos Sintomas do Stress 188
6.1.2.2 Percentual de Alteração do Stress 188

6.1.2.3 Alterações Gerais dos Sintomas de Ansiedade 189
6.1.2.4 Percentual de Alteração da Ansiedade 189
6.1.2.5 Alterações Gerais dos Sintomas de Depressão 190
6.1.2.6 Percentual de Alteração da Depressão 190
6.1.2.7 Alterações Gerais dos Sintomas de Pessimismo 191
6.1.2.8 Percentual de Alteração do Pessimismo 191
6.1.2.9 Aspectos Psicológicos Melhorados pela Meditação 192
6.1.2.10 Aspectos Psicológicos Alterados pela Meditação 192
6.1.2.11 Dificuldades na Prática da Meditação Vipassana 193
6.1.2.12 Intenção de Continuidade da Prática de Meditação 200
6.2 Resultados do Grupo Teste Placebo (TP) 201
6.2.1 Alterações no Quadro Geral Físico, Emocional e Mental 201
6.2.1.1 Alterações nos Aspectos Físicos 202
6.2.1.2 Alterações nos Aspectos Emocionais 202
6.2.1.3 Alterações nos Aspectos Mentais 203
6.2.2 Sintomas do Stress, Ansiedade, Depressão e Pessimismo 203
6.2.2.1 Alterações no Quadro Geral dos Sintomas do Stress 203
6.2.2.2 Percentual de Alteração do Stress 204
6.2.2.3 Alterações Gerais dos Sintomas de Ansiedade 204
6.2.2.4 Percentual de Alteração da Ansiedade 205
6.2.2.5 Alterações Gerais dos Sintomas de Depressão 205
6.2.2.6 Percentual de Alteração da Depressão 205
6.2.2.7 Alterações Gerais dos Sintomas de Pessimismo 206
6.2.2.8 Percentual de Alteração do Pessimismo 206
6.2.2.9 Aspectos Psicológicos Melhorados pela Meditação 207
6.2.2.10 Aspectos Psicológicos Agravados pela Meditação 207
6.2.2.11 Dificuldades na Prática da Meditação Vipassana 208
6.2.2.12 Intenção de Continuidade da Prática de Meditação 214
6.3 Discussão sobre os Resultados do Experimento 215

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 220

_____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 225

ANEXOS 245

APÊNDICES 265

1. INTRODUÇÃO

Há cinqüenta anos quase não se usava a palavra "*stress*" para descrever a ansiedade. Desde então, nas décadas subseqüentes, o *stress* tornou-se uma das maiores queixas psicológicas da humanidade e um dos maiores fatores determinantes de problemas de saúde (LENSON, 2006).

Situação esta, comprovada pelas estatísticas compiladas pela American Psychological Association (APA, 2007) nos Estados Unidos, de 75% a 90% das queixas nos consultórios médicos são por problemas relativos ao *stress*. Entre os adultos americanos, 43% sofrem de algum tipo de problema de saúde decorrente do *stress* e este custa ao mundo corporativo mais de trezentos bilhões de dólares por ano, cerca de sete mil e quinhentos dólares por funcionário por causa da falta de assiduidade, da produtividade reduzida e das despesas com benefícios de saúde.

No Brasil a situação não é diferente. Sendo um país em desenvolvimento onde as mudanças sociais, morais, econômicas e tecnológicas ocorrem com uma rapidez muito grande, é de se prever que o nível de *stress* do brasileiro seja significativo.

O *stress* provoca sintomas cognitivos, comportamentais, sociais, fisiológicos e emocionais, que têm em sua base um componente determinante associado à ansiedade. Esta sintomatologia desempenha papel importante na qualidade de vida, com início, recorrência ou agravamento de sintomas, distinguindo-se assim das doenças puramente orgânicas e se aproximando das psicossomáticas. O distúrbio de *stress* pode se transformar em doenças crônicas ou apresentar um processo cíclico não previsível, além de tendência a associar-se com outros distúrbios - comorbidade.

Entende-se como doença psicossomática àquela que é agravada ou desencadeada por fatores emocionais severos e que apresenta alguma alteração orgânica efetivamente constatada.

O potencial ansioso do ser humano sempre esteve fisiologicamente disponível para ser disparado a partir de estímulos externos que apresentassem qualquer indício de perigo, tendo desempenhado um papel decisivo na preservação da espécie. Tecnicamente deve-se entender ansiedade como um fenômeno animal que pode beneficiar ou prejudicar, dependendo da circunstância ou intensidade, podendo ainda se transformar em patológica na medida que se torna danosa ao funcionamento psíquico – mental - e somático - corporal (BRANDÃO, 2003).

A ansiedade é assim, uma atitude fisiológica normal responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo. Subjacente a ansiedade e intrinsecamente relacionado à mesma está o sentimento de medo, porção primal e inseparável dessa emoção, cuja presença ativa mecanismos fisiológicos que coloca o indivíduo em posição de alerta.

A ansiedade pode então ser considerada como uma reação natural que se produz diante de situações nas quais o indivíduo necessitaria de recursos adaptativos extras. Tais situações têm em comum, geralmente, uma previsão subjetiva de possíveis conseqüências negativas para o indivíduo. Esta reação supõe a mobilização de um elenco de recursos cognitivos como a atenção, a percepção, a memória, o pensamento e a linguagem.

Igualmente são acionados diferentes recursos fisiológicos, como a ativação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), as atividades motora e glandular e diferentes recursos de conduta, como o estado de alerta e evitação do perigo. Esses recursos estariam disponíveis para o enfrentamento de possíveis conseqüências negativas. Apesar da ansiedade ser uma emoção natural de caráter essencialmente adaptativo, quando

excessiva pode estar na base de muitos processos como o *stress* e outros, capazes de gerar doenças (LIPP, 2005).

Em 1936, foi elaborado por Selye, o conceito de Síndrome Geral de Adaptação (SGA) como "resposta inespecífica do organismo a qualquer demanda imposta a ele". Foram delimitadas três fases do SGA: reação de alarme, resposta aguda à agressão, que se sobrepõe ao conceito de reação de defesa; fase de resistência, quando se expressa a SGA; e exaustão, quando as reservas do organismo se esgotam e ele caminha para a morte. Assim foi demonstrado que o organismo quando exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador a homeostase, seja ele, físico, químico, biológico ou mesmo psicossocial, apresenta a tendência de responder de forma uniforme e inespecífica, anatômica e fisiologicamente (SELYE, 1965).

Embora a ansiedade favoreça a performance e a adaptação, ela o faz somente até certo ponto, ou seja, até que o organismo atinja um máximo de eficiência. A partir de um ponto excedente, a ansiedade ao invés de contribuir para que o indivíduo se adapte a nova situação, concorrerá exatamente para o contrário, ou seja, para o colapso da capacidade adaptativa (BRANDÃO, 2003).

A performance e adaptação de cada pessoa dependem da forma como vivencia seu cotidiano. Este afeta, muito especialmente, o próprio indivíduo, sua saúde e sua vida em todos os aspectos, inclusive, nos relacionados ao profissional. Em tempos sociedade organizacional imersa num ambiente econômico rapidamente mutável devido as revolução ocorridas nas últimas décadas do século XX, o paradigma comportamental vigente é: necessidade de mudanças contínuas que ultrapassam a capacidade de compreensão das pessoas e as assoberbam, dificultando sua capacidade de adaptação. Assim, favorecem a Síndrome Geral de Adaptação ou seja, o *stress* que se torna integrante do dia-a-dia do indivíduo.

Ao passo que o *stress* passou a integrar a vida cotidiana das pessoas, tornaram-se mais freqüentes pesquisas científicas sobre a relação entre a mente e a saúde física, originando a chamada medicina mente/corpo.

Esta corrente da medicina inclui uma variedade de tratamentos e abordagens, indo da meditação e da prática de relaxamento até grupos de apoio social, que buscam incluir a mente no desenvolvimento do bem-estar emocional e da saúde física, que hoje, é apoiado por um número cada vez maior de pesquisas sobre a utilização dessas técnicas.

Uma vertente desta linha da medicina são os estudos de Robert Ader, psicólogo da Universidade de Rochester, que coleciona pesquisas sobre as ligações entre pensamentos e emoções, cérebro e sistema nervoso, e o sistema imunológico, denominado psiconeuroimunologia (PNI). Um grupo cada vez maior de pesquisadores juntou-se a Ader e vem documentando detalhadamente a influência que a mente pode ter ou não, na doença e na cura (GOLEMAN, 1997).

Graças ao empenho destes e de outros cientistas, está sendo possível revelar os mecanismos fisiológicos que fazem a mente influenciar o corpo. Deste modo, a medicina mente/corpo sugere que a separação entre mente e corpo, há muito aceita pela filosofia ocidental, é, na verdade, ilusória, uma vez que esta nova síntese da ciência médica adota como abordagem a que vê como a mente – pensamentos e emoções humanas – influenciam a saúde do organismo (DINSTFREY, 1990).

Para os pacientes, essa nova abordagem médica tem um significado muito prático. Significa que, prestando atenção aos seus estados emocionais e mentais – suas preocupações, hostilidades, reações habituais, pessimismo, ansiedade e depressão – e controlando-os, eles podem ajudar a si mesmo a permanecer saudável e a recuperar-se mais rapidamente de doenças. Na perspectiva dos médicos, enfermeiras e outros

profissionais de saúde, essa nova forma de ver as coisas sugere que há muito a ganhar se forem além do tratamento da doença física e cuidarem de seu aspecto global – a forma na qual a doença afeta o estado mental do paciente e as emoções provocadas por ela (GOLEMAN, 1997).

Em suma, segundo a medicina mente/corpo, é melhor tratar da pessoa de forma global: tratar do sofrimento emocional deve ser um complemento essencial ao tratamento médico padrão; da mesma forma que as pessoas podem participar ativamente dos cuidados com sua própria saúde e podem evitar doenças ou diminuir sua duração, adotando procedimentos para administrar seus próprios estados psicológicos.

Portanto, a medicina mente/corpo não é uma abordagem "alternativa", e sim complementar. É perfeitamente compatível com o tratamento médico convencional e pode ser uma forma poderosa de engrandecê-lo, sem desafiá-lo ou substituí-lo. Na verdade, a medicina mente/corpo baseia-se em algumas das melhores tradições da medicina ocidental- embora algumas dessas tradições tenham sido ignoradas na era de alta tecnologia da assistência médica moderna.

Atualmente, os indícios científicos da influência da mente sobre o organismo vêm de três áreas convergentes de pesquisas:

- Pesquisas fisiológicas, que investigam as ligações biológicas e bioquímicas entre o cérebro e os sistemas orgânicos;
- Pesquisas epidemiológicas, que mostram correlações entre certos fatores psicológicos e certas doenças na população em geral;
- Pesquisas clínicas, que testam a eficácia das abordagens mente/corpo na prevenção, no alívio ou no tratamento de doenças específicas.

Cada uma dessas áreas, sozinha, é incompleta; cada uma produziu descobertas promissoras, mas também levantou questões sem resposta. Juntos, porém, os diferentes tipos de pesquisa sobre a medicina mente/corpo estão começando a delinear um quadro coerente – como um quebra-cabeça onde ainda faltam muitas peças, mas que está começando a formar uma imagem reconhecível (DINSTFREY, 1990).

As pesquisas fisiológicas da medicina mente/corpo remontam-se a Walter B.Cannon, que descobriu a "reação de luta ou fuga" ao *stress* durante a Primeira Guerra Mundial. Mas o estudo moderno da fisiologia mente/corpo teve início na década de 40, quando o pesquisador pioneiro Hans Selye investigou os efeitos físicos do *stress* psicológico. Esse caminho de investigações foi precursor das atuais pesquisas.

Descobertas mais recentes promovidas pelas pesquisas da medicina mente/corpo proporcionaram um maior nível de precisão ao processo de pesquisas, sugeriu explicações prováveis mais sofisticadas para o papel da mente em certas doenças e levantaram um grande número de questões novas e provocativas.

Hoje, o desafio é compreender as intrincadas relações entre a mente, o corpo, o *stress* e o ambiente psicossocial e físico, em todos os níveis. No sentido, de corroborar a esta compreensão, vem esta proposta de pesquisa de doutorado que pretende investigar uma possível relação direta entre meditação e a redução dos níveis de *stress* nas pessoas.

1.1 Objetivo

Considerando-se as grandes evidências, fundamentadas cientificamente nos últimos cinqüenta anos, que demonstram a eficácia de práticas de meditação para diversos distúrbios da saúde física e mental, esta pesquisa adotou como objetivo geral investigar o potencial, único e exclusivo, da técnica de Meditação *Vipassana*, resgatada da filosofia milenar oriental, na redução do *Stress*.

Este objetivo geral será atingido por meio da realização dos seguintes objetivos específicos:

1.Revisar a literatura, integrando as pesquisas empíricas ocidentais à filosofia milenar oriental sobre Meditação *Vipassana* (ou *Mindfulness*, termo empregado atualmente em Inglês) adequada à redução do *stress*, concentrada em quatro dimensões principais. O primeiro foi o de novamente conectar a pesquisa empírica e as aplicações clínicas da meditação *Mindfulness* com a teoria e a prática budista original. O segundo é o de disponibilizar as descobertas mais importantes, as controvérsias e os progressos na compreensão ocidental desta técnica meditativa, incluindo os mecanismos causadores das pesquisas dos últimos cinqüenta anos. O terceiro, é o de distinguir os efeitos da meditação *Mindfulness* dos de outras técnicas meditativas assim como as formas de meditação de concentração e de outras técnicas de psicoterapia como a associação livre. O quarto objetivo é o de descrever a eficiência da meditação *Mindfulness* à medida que ela tem sido aplicada a várias desordens no contexto médico e clínico.

2.Avaliar, experimentalmente, as possíveis alterações nos níveis de *stress* da amostra submetida a um programa de intervenção em meditação, indicando a redução dos níveis de *stress* dos voluntários, tendo a definição de *stress* sido contemplada tanto pelo CID-10 quanto pelo DSM-IV. Esta pesquisa experimental se concentra em quatro aspectos fundamentais: o primeiro foi o de compor a amostra do experimento com adultos brasileiros saudáveis, conforme critérios do DSM-IV, que não estejam fazendo uso de tratamentos medicamentosos e nem de terapias, que não praticam ou praticaram quaisquer técnicas de meditação. O segundo determinou a adoção do protocolo experimental realizado nos estudos ocidentais de meditação para redução do *stress*. Já o terceiro aspecto versou sobre a adoção de escalas diagnósticas da sintomatologia do *stress*, dos níveis de ansiedade, de depressão e de pensamentos pessimistas, complementares entre si. E o quarto fundamento determinou a utilização de três grupos teste, sendo um treinado em Meditação *Vipassana*, um outro treinado em Concentração num elemento de crença e o terceiro submetido a um programa educativo sobre o *stress* excessivo e os efeitos psico-fisiológicos.

1.2 Hipótese

A hipótese principal: o treinamento, único e exclusivo nas técnicas da Meditação *Vipassana*, resgatado da filosofia milenar oriental, também chamada no ocidente de *Mindfulness Meditation* – ou simplesmente *Mindfulness* - é capaz de reduzir o *stress*, com base em sua sintomatologia, na ansiedade, na depressão e no pessimismo, conforme definido pelo CID-10 e pelo DSM-IV.

A mensuração do *stress* nesta tese é avaliada, experimentalmente, por meio do Inventário de Sintomas do Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck para Ansiedade (BAI), Inventário Beck para Depressão (BDI) e pelo Inventário Beck para Pessimismo (BHS). Esta hipótese é verificada pelo grupo teste meditação (TM).

Esta hipótese central será testada por meio do teste das hipóteses secundárias:

a) será que elementos, implícitos e/ou explícitos, como um possível elemento de crença e/ou a posição sentada e o relaxamento muscular do corpo, contidos na

meditação é que promovem a redução do *stress*? Esta hipótese é verificada pelo grupo teste placebo (TP).

b) será que é a aprendizagem dos procedimentos da meditação que promove a redução do *stress* ou a experiência contida nas práticas diárias de meditação é que provocam esta redução? Esta hipótese é verificada pelo grupo teste educativo (TE).

1.3 Estrutura da Tese

Esta monografia possui estrutura divida em capítulos que organizam o contexto tratado da seguinte forma: o primeiro capítulo aborda as questões introdutórias sobre a presente proposta de tese, com sua devida contextualização e justificativa, além dos objetivos, hipótese, metodologia e estrutura; já o segundo capítulo se dedica integralmente a revisão da literatura sobre as especificidades do *stress*, partindo de seu histórico e conceituação, abordando sua epidemiologia e prevalência, passando por sua etiologia, atingindo sua patofisiologia e chegando a seu diagnóstico; por sua vez, o capítulo terceiro aborda as formas terapêuticas para o *stress* desde aquelas mais convencionais até as integrativas; enquanto o quarto capítulo permeia as características de uma das terapias para o *stress*: a meditação, revisando a literatura ocidental sobre o assunto e integrando-a a perspectiva advinda da filosofia milenar oriental envolvendo aspectos históricos, de aplicabilidade e científicos; o quinto e sexto capítulos apresentam os resultados, objetivos e subjetivos, e a discussão do experimento científico, incluindo seu escopo; finalmente, o sétimo capítulo apresenta as Considerações Finais da Tese, e as recomendações a futuros estudos seguidos pelas referências bibliográficas que embasaram esta monografia.

1.4 Metodologia da Pesquisa

O presente estudo usou para a pesquisa bibliográfica o método de Revisão Integrada da Literatura, adequado para resumir o acumulado conhecimento sobre meditação ao passo que realizou um experimento científico para fins de verificação da hipótese da meditação reduzir os níveis de *stress* como pesquisa de campo.

1.4.1 A Revisão Integrada da Literatura

Na revisão integrada da literatura, os revisores atualizam o estado atual de conhecimento sobre o assunto e apontam as áreas sujeitas a mais pesquisa (Webster e Watson, 2002). De acordo com Tarraco (2005, p. 356): "a revisão integrada da literatura é uma forma de pesquisa que revisa, critica e sintetiza a literatura representativa de um tópico de um modo integrado, do mesmo modo que, novas estruturas e perspectivas sobre este assunto são produzidas". A expectativa de que as revisões da literatura forneçam novas estruturas ou novos caminhos de conceituação de um assunto é consistente com a observação de Whetten (1989, p. 491) de que "a missão do lançamento de uma teoria em desenvolvimento é mudar ou ampliar o conhecimento existente, não simplesmente de reescrevê-lo".

A Revisão Integrada da Literatura é um método relativamente incomum empregado em pesquisa. Até esta data não existe um formato bem estabelecido de organização deste tipo de revisão do mesmo modo que existe para outros métodos empíricos (Webster e Watson, 2002). O relato de Tarraco (2005, p. 356) fornece algumas diretrizes iniciais para uma Revisão Integrada da Literatura, declarando:

> "que o método empreende, ao contrário do conceito errôneo de revisões integradas da literatura de serem menos rigorosas ou mais fáceis de escrever do que outros tipos de artigos de pesquisa. Pelo contrário, a revisão integrada

> da literatura é uma forma sofisticada de pesquisa que requer uma grande quantidade de conhecimento profissional e de percepção sobre a pesquisa".

Uma Revisão Integrada da Literatura é tipicamente empregada quando informações sobre um assunto que tinha ampliado e amadurecido, requer consolidação e síntese para ser disseminado ou quando o assunto é novo e ambíguo e exigi integração de várias fontes para fornecer uma inicial visão geral (Creswell, 1994). Além disso, Tarraco (2005, p. 359) sugere que uma Revisão Integrada da Literatura é apropriada quando "evidências opostas aparecem, quando há mudança numa tendência ou direção de um fenômeno e como este é relatado e quando pesquisas surgem em campos diferentes".

Baseado nestes fatores, as justificativas que se seguem são concedidas para este método de revisão no estudo da meditação *Mindfulness*.

A meta da Revisão Integrada da Literatura é fornecer sínteses dos relatos conflitantes, desenvolvidos em direção ao conhecimento e a pesquisa, encontrando-os a partir de diversos campos de investigação. De acordo com Tarraco (2005, p. 362) o que dirige a natureza destas sínteses:

> "Sínteses integram idéias existentes com novas idéias para criar uma nova formulação deste tópico ou assunto. Sintetizando os meios da literatura que a revisão entrelaça como sendo a corrente da pesquisa ao mesmo tempo em que se concentra, preferencialmente, no assunto central das previsões relatadas pela literatura. Síntese não são dados vazios. É uma atividade criativa que produz um novo modelo, estrutura conceitual ou outro conceito único comunicado pelo autor de profundo conhecimento deste tópico. O resultado de uma síntese abrangente da literatura é que novo conhecimento ou perspectiva é criado apesar do fato de que o resumo da revisão antecede pesquisa".

Webster e Watson (2002) indicaram que logo que uma síntese da literatura é criada, tipicamente chega ao seu ponto máximo numa de quatro formas: a) uma nova agenda de pesquisa; b) uma taxonomia de idéias; c) uma estrutura conceitual alternativa e d) uma meta-teoria.

Neste sentido, a presente revisão da literatura é uma tentativa de contribuição que pretende apontar a necessidade de adesão a agenda de pesquisa ocidental das questões que estimulam o interesse na origem da psicologia budista, uma área que tem sido deliberadamente despercebida, além de apresentar o conceito atual de *Mindfulness* como de uma técnica mente/corpo benéfica quando integrada com outras psicoterapias comportamentais e cognitivas (Lau e McMain, 2005; Roemer, 2002) associada a uma estrutura conceitual alternativa que estabelece meditação *Mindfulness* como uma auto-suficiente e confiável técnica terapêutica dentro de um coerente e sofistica sistema psicológico a ser testada experimentalmente como parte deste estudo.

O primeiro passo da revisão da literatura foi à coleta de dados através de uma busca eletrônica na base de dados da PsychINFO e PubMed, após a qual foi conduzido um levantamento manual das seções dos artigos relevantes para relacionar publicações teóricas, estudos de caso, testes clínicos e revisões da literatura. À medida que as publicações relevantes estavam relacionadas iniciou-se uma revisão das citações sobre o assunto nos artigos mais atuais, recuperando-se um acervo da literatura. Logo que a literatura foi compilada, uma gradual revisão foi conduzida, consistindo, inicialmente em revisar os abstracts para a então realizar uma revisão detalhada tanto das seções de métodos e quanto das de resultados; ou de toda publicação, dependendo de sua importância para o estudo. Outras revisões da literatura e metas-análise sobre meditação foram examinadas, assim que o pesquisador se orientou quanto ao escopo da literatura e

das principais publicações que foram repetidamente citadas enquanto referências cruzadas.

A busca eletrônica na base de dados da PsychINFO e PubMed transcorreu por meio das busca de termos e de palavras-chave que incluíram: *meditação, concentração, meditação Mindfulness, programa de redução do stress baseado em Mindfulness (MBSR), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), Terapia Dialética Comportamental (DBT), Treinamento de Controle da Atenção (ACT), meditação Insight, meditação budista, Vipassana* e *medicina mente/corpo*. Inicialmente, os termos foram pesquisados individualmente para em seguida serem buscados na forma de combinações com os termos : *terapia, psicoterapia* e *tratamento*.

Para concentrar o foco da revisão, estudos envolvendo *Meditação Zen, Zazen, Meditação Tibetana, Meditação Tântrica, Visualização* e *Meditação Transcendental (TM), Relaxamento, Resposta de Relaxamento, Imaginação Guiada, Yoga, Prevenção a Recaída (RP)* e *Relaxamento Muscular Progressivo* foram excluídos por não permitirem argumentações comparativas.

As diretrizes para o exame das publicações catalogadas nesta revisão foram a de estudos que examinassem os efeitos da meditação em fisiologia, neuroquímica e funções cerebrais de adultos bem como em seus processos cognitivos, afetivos e comportamentais. A presente revisão integrada da literatura também fez um breve relato da história da pesquisa ocidental sobre a meditação por ter examinado dados a partir de 1950. Livros, apresentações, teses e outros materiais acadêmicos foram todos considerados se estivessem de acordo com os critérios de inclusão desta revisão.

Além do mais, diversos textos budistas de fonte primária (*Sutta*) e comentários, fonte secundária, foram usados para fornecer uma compreensão das aplicações e efeitos da meditação como adotadas em seu contexto original. Para concentrar o foco da literatura budista, na maioria das vezes, textos de fontes primárias da escola clássica do budismo (*Theravada*) descrita em Pali Canon foram incluídos. Traduções lingüistas de textos de fonte primária budista estavam além do escopo de habilidade do pesquisador; então, versões em inglês de diversos textos importantes foram utilizadas.

Buscas adicionais, como por exemplo uns artigos, livros e apresentações ligadas exclusivamente à meditação *Mindfulness* e *Insight* foram incluídas para complementar os textos de fontes primárias. Examinando as seções de referência dos principais trabalhos de meditação dirigiu-se para um acervo de autores de credibilidade neste assunto.

A literatura foi organizada dentro de três categorias essenciais: a) Medicina mente/corpo e efeitos psicológicos; b) neurociência cognitiva e efeitos cerebrais e c) psicologia clínica e efeitos terapêuticos. Em cada um destas divisões foi feito um esforço pela seguinte seqüência de temas: a) contexto e perspectiva histórica; b) bases teóricas e filosóficas e c) aplicações ou evidências práticas.

1.4.2 A Pesquisa Experimental

A tipologia do estudo será a experimental com grupo experimental e de controle, ambos submetidos a avaliações pré-teste e pós-teste dentro das mesmas condições, sendo que estas condições irão diferir durante o período de experimentação. Sendo assim, apenas o grupo experimental será submetido a um programa de 8 semanas em treinamento em meditação *Vipassana* em contra-parte ao grupo de controle que será submetido a um programa educativo de 8 semanas sobre *stress* excessivo, conforme Figura 1.

A hipótese a ser testada experimentalmente é a de que o processo de Meditação *Vipassana*, também reconhecido como estágio profundo da prática de *Mindfulness*

Meditation, é capaz de reduzir a tensão interna por meio do controle mental – adoção da atenção correta momento-a-momento, adquirido com o relaxamento do corpo associado ao estado de concentração da mente na respiração abdominal espontânea, permitindo assim a percepção do afloramento espontâneo de pensamentos adicionais, desbloqueando as emoções associadas, e des-automatizando-os, reduzindo assim, os níveis de *stress*.

O teste da hipótese experimental foi realizado por meio de três grupos testes: um por meio de procedimentos educativos a respeito do *stress* excessivo e seus efeitos sobre o organismo humano e outros dois de treinamento, sendo um em Meditação *Vipassana* e o outro em Concentração sobre Nota-Chave: tudo vai dar certo, denominado Placebo.

Cada grupo teste será submetido a um programa para redução do *stress* constituído de oito semanas subseqüentes com uma entrevista inicial de pré-teste e uma entrevista final de pós-teste. Cada um destes programas serão desenvolvido por meio de um encontro semanal em grupo com o pesquisador para fins dos procedimentos específicos de cada grupo intercalados com a mensuração dos níveis de *stress* de cada participantes.

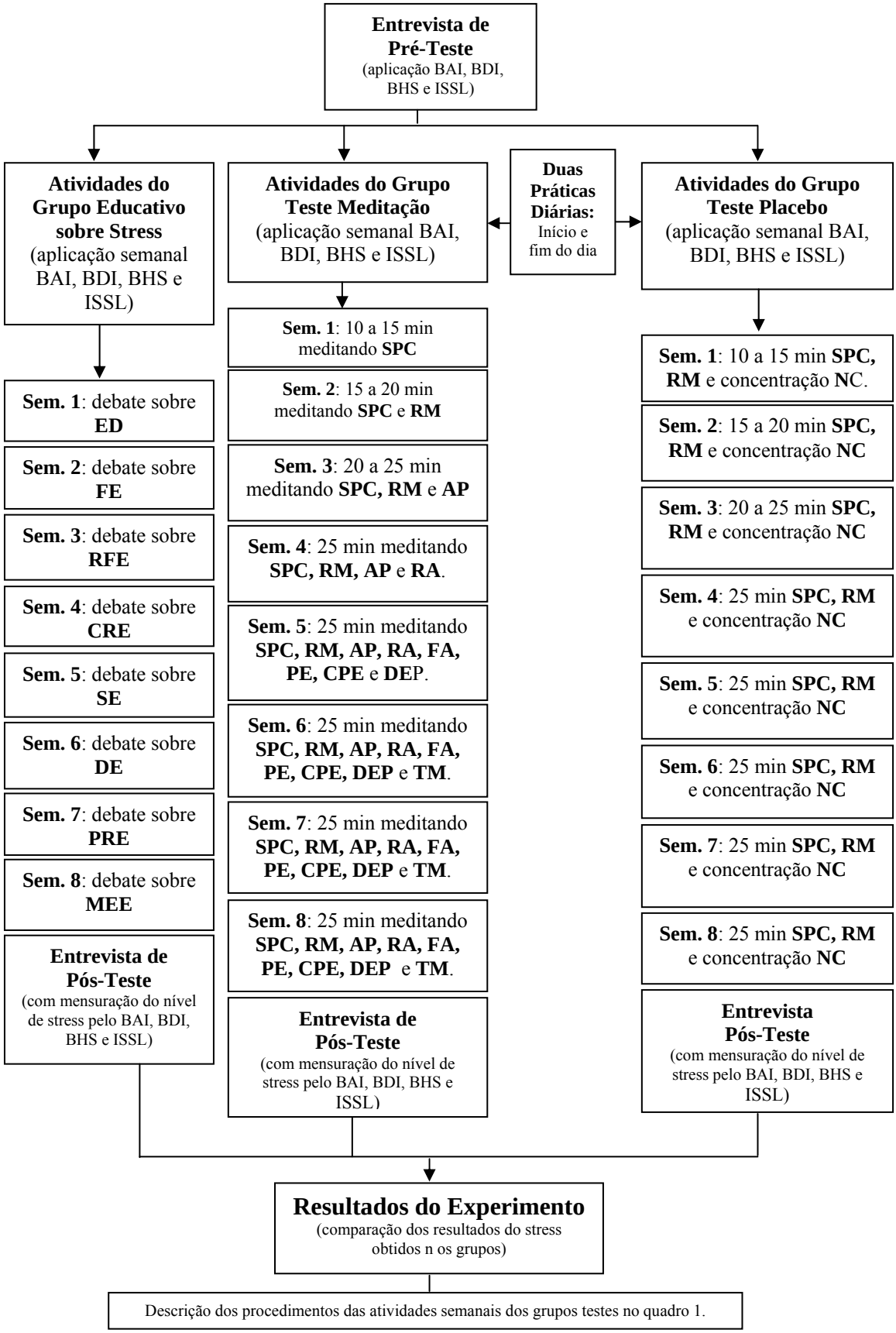
Os procedimentos específicos de cada grupo teste são descritos no quadro 1 abaixo e contemplaram rotinas diárias para os grupos testes em Meditação *Vipassana* e Teste Placebo, em contrapartida a rotinas semanais ao grupo educativo sobre o *stress*.

Quadro 1: Descrição dos Procedimentos das Atividades Semanais dos Grupos Testes

Atividades do Grupo Educativo sobre *Stress*: (Debates)	**Atividades do Grupo Teste em Meditação:** (Treinamento)	**Atividades do Grupo Teste Placebo:** (Treinamento)
ED = *Eustress* e *Distress*	**SPC =** Sentar na Postura Correta	**SPC =** Sentar na Postura Correta
FE = Fases do *Stress*	**RM** = Relaxamento dos Músculos do Corpo	**RM** = Relaxamento dos Músculos do Corpo
RFE = Reações Fisiológicas	**AP** = Assumir um Estado Interno de Atenção de Atitude Positiva	**NC =** Concentração na nota-chave: **TUDO VAI DAR CERTO**
CRE = Ciclo de Reação do *Stress*	**RA** = Respiração Abdominal em Ritmo Regularizado	
SE = Sintomatologia Psico-fisiológica	**FA** = Concentrar o foco de atenção na Respiração Abdominal	
DE = Diagnose do *Stress*	**PE** = Percepção do Pensamento Espontâneo	
PRE = Programas de Redução do *Stress*	**CPE** = Classificação da Natureza do Pensamento Espontâneo	
MTE = Meditação como Terapia ao *Stress*	**DPE** = Deixar o Pensamento Espontâneo e Retornar o foco de atenção a Respiração Abdominal	
	TM = Término da Meditação Vipassana	

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 1: Estrutura da Pesquisa Experimental da Meditação para Redução do *Stress*



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta pesquisa experimental permitiu avaliação longitudinal em oito semanas subseqüentes da possível redução dos níveis de *stress* obtidos pelos participantes através de uma aprendizagem sobre o *stress* excessivo e seus efeitos sobre o organismo humano desenvolvido no Grupo Educativo sobre o *Stress*, tanto quanto por meio do treinamento em Meditação *Vipassana*, realizado no Grupo Teste em Meditação do mesmo modo com o treinamento em Concentração na Nota-Chave executado no Grupo Teste Placebo. As avaliações da possível redução dos níveis de *stress* contemplaram um universo quadri-dimensional por ter sido adotado como instrumentos de avaliação escalas de mensuração da saúde, que obtém a informação do indivíduo através de comunicação verbal e não verbal complementado pelas escalas clínicas de avaliação psicológica.

Dentre as escalas de comunicação, também denominadas de auto-avaliação, será adotado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) – anexo C, elaborado com base nos conceitos de Selye e validado por Lipp e Guevara (1994). Já dentre as escalas clínicas de avaliação psicológica serão adotados para mensuração: da ansiedade, o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) – anexo D, da depressão, o Inventário de Beck para Depressão (BDI) – anexo F e para o pessimismo, o Inventário Beck para Pessimismo (BHS) – anexo E. Contudo, houve uma limitação nos recursos de mensuração dos níveis de *stress* por não englobarem testes laboratoriais, clínicos e neurofuncionais, embasando-se apenas em escalas de auto-avaliação.

Sendo assim, será possível avaliação dos níveis pré e pós-teste dos participantes dos grupos para fins da identificação da possível redução dos seus níveis de *stress* tanto quanto a comparação entre o escore de *stress* reduzido entre os grupos testes a fim de poder descartar a possibilidade desta redução ter sido causada pela aprendizagem sobre os efeitos do *stress* excessivo ou por um elemento de fé produzido pela concentração na nota-chave ao invés de ser fruto da prática de Meditação *Vipassana*.

Além do mais, poderá ser aferido o grau de adaptabilidade dos participantes da pesquisa experimental aos procedimentos dos três grupos testes por se tratar de um experimento longitudinal composto de oito semanas subseqüentes conduzido com voluntários conforme o critério de inclusão e exclusão constituído dos seguintes parâmetros: ser adulto saudável, conforme os critérios do DSM-IV e sem antecedentes psiquiátricos que não apresentem transtornos neurológicos, bem como não façam psicoterapia ou uso de medicamentos psicotrópicos, com idade entre 18 e 60 anos, que não praticam ou praticaram quaisquer técnicas de meditação.

Os programas de redução do *stress* implementados nos grupos testes foram modeladoa a partir dos programas de redução do *stress* baseados em meditação *Mindfulness,* identificados pela revisão integrada da literatura que mostrou serem estes objeto de estudos no ocidente desde a década de 1990, sendo até mesmo qualificados como já consolidados quanto método terapêutico de gerenciamento do *stress* em mais de 200 centros de tratamento do *stress* espalhados na Europa e na América. Contudo, estes programas não se concentram somente a prática de meditação, geralmente, denominada de meditação sentada, mas sim englobam diversos outros exercícios advindos da filosofia milenar oriental como *yoga*, *shiatsu*, *body scann*, *aikidô*, entre outros.

Por ter sido identificado este aspecto característico a estes programas, a presente pesquisa experimental, diferentemente, modelou seu programa de redução do *stress* baseado em Meditação *Vipassana* para que se concentre, única e exclusivamente, no treinamento nesta técnica meditativa para então, poder identificar seu potencial terapêutico para redução do *stress* em adultos não meditadores por não adotar quaisquer outras técnicas de origem oriental.

A coleta de dados será realizada nas instalações da Universidade Federal do Rio de Janeiro sendo os mesmos coletados pela pesquisadora do mesmo modo que será realizado por esta o treinamento em meditação *Vipassana* e em Concentração na Nota-Chave, tanto quanto os debates educativos a cerca do *stress* excessivo e seus efeitos no organismo humano.

Por ser a meditação um assunto complexo, esta pesquisa realizou uma pesquisa experimental para verificar se os resultados corroboram as assertivas de vários estudos envolvendo programas ocidentais de redução do *stress* baseados em técnicas de meditação sobre uma significativa melhora nos níveis objetivos e subjetivos de pessoas afetadas por altos níveis de *stress*, acessados por meio da revisão integrada da literatura.

Além do mais, a pesquisa experimental possibilitou averiguar a congruência entre a rotina diária demandada pelo programa de meditação *Vipassana* para redução do *Stress*, assim como as dificuldades manifestadas na execução dos procedimentos desta técnica e a evolução subjetiva dos meditadores.

2. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE *STRESS*

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que adotou denominação de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, elaborada pela Organização Mundial de Saúde em Genebra em 1989, que entrou em vigor apenas em 1 de Janeiro de 1993, o *stress* é reconhecido e classificado sob categoria F43 as Reações ao *Stress* Grave e Transtornos de Adaptação, que foram sub-classificados F43-0 Reação Aguda ao *Stress*, F43-1 Estado de *Stress* Pós-Traumático e F43-2 Transtorno de Adaptação.

A categoria F43 Reações ao *Stress* Grave e Transtornos de Adaptação, como descrito no CID-10, difere das outras na medida que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de *stress* aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação.

Os transtornos reunidos sob a classificação F43, admitem que sua ocorrência seja sempre a conseqüência direta de um *stress* agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos nesta classe podem assim serem considerados como respostas inadaptadas a um *stress* grave ou persistente, na medida em que estes transtornos interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entravam assim, o funcionamento social.

2.1 Histórico sobre o *Stress*

Durante muitos séculos considerou-se a doença algo causado por espíritos malignos ou demônios. Assim, na medicina primitiva dos astecas e na medicina da velha Babilônia, segundo Selye (1965, p. 9), milhares de anos antes do início do século XX – "as doenças eram tratadas por meio de encantamentos e danças ou por meio de drogas fortes, emplastros e bandagens constritoras, que eram aplicados por feiticeiros ou médicos-sacerdotes, cuja aparência inspirava medo, a fim de aterrorizar e expulsar os demônios".

A sangria – puncionar uma veia para permitir a saída de sangue - era outro remédio consagrado pelo tempo, utilizado no tratamento de certas doenças. Apesar de ser difícil estabelecer precisamente quando começou a ser utilizada, é claramente representado em alguns vasos gregos que datam de 150 a.C. e permaneceu em uso, como prática corrente de medicina até época recente.

A flagelação dos dementes era processo comum na antiguidade e na Idade Média, usava-se para expulsar os demônios do corpo do paciente que sofria das mais diversas aberrações mentais. Paracelso – cujo verdadeiro nome era Theophrastus Bombastus Von Hoenheim – foi um famoso médico suíço do século XVI que, em seu tratado sobre "Doenças que Privam o Homem da Razão" *apud* Selye (1965, p. 10), declara: "o melhor método de cura, e que raramente falha, é submergir tais pessoas em água fria".

Por volta de 100 d.C., o eminente médico grego, efetuou a importante descoberta de que febre alta pode curar várias doenças. Suas descrições indicam que ele realizava experimentos com febres da malária, descobrindo que essas febres são

benéficas no tratamento de melancolia e outras perturbações mentais, assim como no tratamento de certas moléstias da pele, asma, convulsões e epilepsia (SELYE 1965).

Contudo, Rufus de Éfeso não era o único a recorrer ao tratamento pela febre; certos povos da África, ao que consta, bebiam urina de bode para produzir febre tanto quanto um médico grego chamado Euenor. Esse tratamento foi rapidamente esquecido e somente cerca de dezessete séculos depois o grande valor desta terapêutica foi redescoberto e aplicado na medicina moderna, pois em 1883, Julius Wagner Von Jauregg, psiquiatra vienense, notou o desaparecimento dos sintomas mentais em certos pacientes que haviam contraído febre tifóide.

Esse médico, então, decidiu, dez anos mais tarde, provocar a febre em pessoas sãs, deliberadamente, utilizando germes diversos e obteve resultados espetaculares nos casos de pacientes que sofriam de perturbação mental sifilítica – paralisia geral – ao inoculá-los com germes de malária. O método passou a ser aplicado por muitos outros médicos em todo o mundo, sendo seguido de diversos tipos de terapia de choque no tratamento de moléstias mentais. (SELYE 1965).

As terapias de choque nasceram da observação casual de pessoas cuja exposição acidental a certos tipos de choque se curaram das moléstias de que sofriam, parecendo que o paciente, era arrancado da moléstia.

Assim, pode-se ver que o aspecto mais característico desses tratamentos era a carência de qualquer relação entre a causa da moléstia e a forma com que era tratada. É racional que uma infecção possa ser curada por um remédio que elimine os vetores que a causaram e não pela contaminação com malária ou pelos choques elétricos. Apesar de não se saber a forma de funcionamento de tais tratamentos, eles continuavam a produzir resultados - freqüentemente em casos para os quais não havia qualquer outro tratamento – e assim ganharam imensa popularidade.

Além destes aspectos, alguns outros também interessaram a Selye. Um destes aponta que em IV a.C., Hipócrates, o Pai da Medicina, dizia na Grécia a seus discípulos que a doença não é apenas sofrimento (*pathos*) mas também instrumento (*pónos*), isto é, a luta do corpo para restabelecer a normalidade, sendo uma *vis medicatrix naturae*, um elemento terapêutico da natureza, que cura de dentro para fora. Outro deflagra que há cem anos, John Hunter indicava que "há uma circunstância ligada aos ferimentos acidentais que não pertence à doença – isto é, uma vez produzido, o ferimento tem uma tendência, em todos os casos, para produzir a disposição e os meios de cura" (SELYE 1965, p. 13).

Estes são pontos importantes que, apesar de terem sido constantemente redescobertos durante os séculos, ainda não foram entendidos, pois a doença não é apenas submissão à doença, mas também luta pela saúde; e a menos que haja luta, não há doença. Além de estar Selye certo que nem todas as alterações das condições normais do corpo são doença, como o fato de uma mulher ter nascido desfigurada, devido ao lábio leporino, ser grave não caracteriza doença porque não há mais *pónos*, por não haver mais tensão; a luta há muito foi perdida e agora reina a paz no corpo, ainda que seja um corpo deformado.

Assim, é possível denotar que na Grécia antiga já havia um entendimento arcaico da manifestação do fenômeno *stress*, conduzindo ao entendimento de que o próprio conceito de doença pressupunha um choque entre forças agressivas e as defesas humanas.

Em 1879, fisiologista francês Claude Bernard ensinava no College de France em Paris, que um dos traços mais característicos de todos os seres vivos é a capacidade de manter a constância de seu equilíbrio interno, a despeito de modificações no meio ambiente. E esclarecia este professor, que as propriedades físicas e a composição

química do corpo de um indivíduo, de seus fluidos e tecidos, tendem a manter uma admirável constância, a despeito de todas as modificações que sofreu. Mas, quando acontece dessa propriedade auto-reguladora falhar, sobrevém à doença ou mesmo a morte (SELYE 1965, p. 14).

Walter B. Cannon, fisiologista de Harvard, posteriormente denominou tal capacidade de os seres vivos manterem constância de *homeostase* (do grego *homoios*, como similar, mais *stasis*, posição, atitude), a propriedade de manter-se o mesmo ou estático, entendido por Selye como poder estabilizador. Assim, se tem que homeostase é estabilidade orgânica ou a manutenção da estabilidade em todos os aspectos (GOLEMAN, 1997).

Estes conceitos podem ensinar muito sobre a natureza do *stress* ou da doença, pois a doença não é apenas sofrimento, também é a luta para se manter o equilíbrio homeostático dos tecidos, considerando-se as lesões sofridas.

Assim, o que se verifica é que no século V a.C. já havia na Grécia a concepção de que tem de existir um instrumento (*pónos*), além do sofrimento (*pathos*), que desencadeia a doença. E que esta concepção é em vários momentos reafirmada pelas várias formas terapêuticas que provocavam febre, sangria e até mesmo usavam choques. Além do que, no século XIX à descoberta da luta pelo equilíbrio homeostático interno, uma vez havendo alterações, retoma a relação *pónos-pathos*. Porém estes conhecimentos não permitiam acreditar que o *stress* não específico desempenhasse qualquer papel nesse processo, embora caracterizem o prenúncio da descoberta do *stress*.

Posteriormente, durante a primeira metade do século XX, certo tipo de terapias não-específicas esteve em grande voga novamente. Desta vez, também sendo fundadas na observação de que as condições dos pacientes com várias doenças do tipo crônico – reumatismo, por exemplo – melhoram freqüentemente após injeções de vários produtos estranhos (assim como leite, sangue de outro tipo ou certas suspensões de metais pesados) que estimulam forte reação por parte do corpo, as terapias consistiam na injeção destes produtos (SELYE 1965, p.11).

As concepções desta época dão a vaga impressão de que vários tipos de tratamento e muitas doenças, quando não todas, têm certos pontos em comum, certos traços não-específicos, que não caracterizam a existência ou inexistência de um sistema interno não-específico de defesa no corpo humano, um mecanismo destinado a combater qualquer tipo de doença, conduzindo a uma teoria unificada de doença.

Pelo exposto anteriormente, fica claro que já se sabia há muito pela experiência prática, que certas formas de terapia são não-específicas, isto é, são aplicáveis a pacientes que sofram de quase qualquer espécie de doença, tais como aquela que determina que o paciente vá para a cama e descanse; outra prescreve a ingestão de alimentos facilmente digeríveis e proteção contra o mau tempo, variações bruscas de temperatura e umidade. Além de se ter conhecido a relação grega *pónos-pathos* e o mecanismo de homeostase. Mas, somente Selye, médico austríaco, desde seu tempo como estudante na Universidade de Praga em 1925, se interessou em concentrar todos os seus esforços no entendimento de por que desde a aurora da Medicina, os médicos só se interessavam por reconhecer doenças individuais e na descoberta de remédios específicos, sem dar qualquer atenção aos sintomas não-específicos presentes em qualquer pessoa doente.

Estes sintomas não-específicos foram denominados por Selye de "Síndrome de estar apenas doente", uma vez que a maioria das pessoas apresentava um grupo de sinais e sintomas que se manifestam em conjunto, caracterizando a própria doença e não

uma doença. A fim de entender o fato, este médico iniciou em 1926 pesquisas a este respeito.

Já em 1935, Hans Selye através de técnicas clássicas de pesquisa num pequeno laboratório do Departamento de Bioquímica da Universidade McGill em Montreal, ao estudar hormônios sexuais em ratos a fim de descobrir um novo hormônio feminino se deparou novamente com a "Síndrome de estar apenas doente", pois seus experimentos que consistiam em injetar diversos extratos de ovário e placenta em ratos para verificar se os órgãos desses animais sofreriam alterações que não poderiam ser atribuídas à ação de qualquer hormônio sexual conhecido, Selye registrou: considerável dilatação do córtex da supra-renal, redução do timo, baço, nódulos e de todas as outras estruturas linfáticas do corpo e úlceras profundas nas paredes do estômago, caracterizando um síndrome definido, que mais tarde identificaria a Reação de Alarme do *Stress* (SELYE, 1965, p. 24).

Nesta pesquisa Selye também verificou que nenhum hormônio de ovário ou combinação destes, conhecidos até aquela época, poderia ter provocado dilatação da supra-renal, involução timo-linfática e úlceras no tubo gastro-intestinal, portanto deveria ser um novo hormônio. Todavia as investigações do pesquisador sobre o extrato de ovário e placenta que utilizara poderia estar causando a tríade de reações descritas devido a sua toxidez e então, passou a reproduzir experimentos em ratos com soluções tóxicas diluídas em formol e todos os ratos apresentavam a mesma tríade de reações.

À medida que Selye persistia em suas experiências e suas possíveis interpretações em seu laboratório em Montreal em 1936, ocorreu-lhe, subitamente, que estas poderiam ser consideradas de um ponto de vista inteiramente diverso: se fora registrado algo como única reação não-específica do corpo a qualquer tipo de lesão infligida, valeria a pena estudar essa condição em si, uma vez que durante sua estada na Escola de Medicina em Praga em 1925, já havia despertado o interesse pelo que chamou de "Síndrome de estar apenas doente". Convencido desta relevância, prosseguiu seus estudos que resultaram em 1956, numa publicação na revista *Nature* sobre Síndrome Geral de Adaptação (SAG). Mais tarde esta síndrome passa a ser denominada a Síndrome de *Stress*.

Pode-se dizer, então, que até Selye chegar a SGA, teve que desenvolver observações e estudos que envolvessem a seguinte questão: será que não existiria alguma coisa, como uma reação singular, inespecífica do organismo, como resposta a qualquer tipo de dano sofrido? A resposta a esta indagação denominou de "Síndrome de resposta aos danos" que foi reverberando e se vinculando à antiga "Síndrome de se sentir doente". Esta última, se refere a manifestações no ser humano que poderiam acontecer em consonância ao estado de se sentir doente, do tipo: dores difusas nas juntas e nos músculos, distúrbios gastrointestinais, perda de apetite, dificuldades para dormir.

Também ponderou que "um certo grau de danos não-específicos é, sem dúvida, sobreposto à sintomatologia específica de qualquer doença e a qualquer droga usada para tratar a doença" (ARANTES, 2002, p.23).

Em 1956, Selye ao publicar na revista britânica *Nature* o artigo *A syndrome produced by diverse nocuous agents*, sugerindo o nome de reação de alarme para a resposta inicial do corpo, como se fosse uma convocação geral para a defesa do organismo contra os agentes nocivos. Entretanto, esta reação de alarme não englobava toda a resposta, pois ele havia verificado experimentalmente, que o tempo de exposição aos agentes ofensivos poderia, antes de matar, provocar ainda uma reação de adaptação e de resistência, seguidas. Observação esta que corroborava a afirmativa de que nenhum organismo vivo pode ficar continuamente submetido a um estado de alarme. Em pouco

tempo, nas primeiras horas ou nos primeiros dias, o organismo morre. Se o animal sobrevive é porque o estado de alarme vem seguido por um estado que chamou de estado de resistência.

Este segundo estágio era bastante diferente do anterior, e até mesmo oposto a ele. Da mesma forma também não se mantém indefinidamente. Uma terceira fase se impõe: o estado de exaustão, mais similar ao estado inicial, de alarme. A este processo, Selye denomina de *General Adaptation Syndrome*. Como parte destes estudos, descobriu que o organismo não fica perene enquanto sofre alterações internas provocadas por diversas causas externas e denominou este período de fase de alarme. Já em 1952, descobre que nesta fase cabe ao organismo morrer ou se adaptar, chamando este estágio de resistência. E após certo período prolongado na fase de resistência, o organismo não resiste mais, caindo em exaustão. Conceitua, assim, um modelo trifásico: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão. Sendo o *stress* postulado como potencial gerador de alterações no timo, nas supra-renais e no aparelho gastro-intestinal, uma expressão corporal de uma mobilização total das forças de defesa.

Selye foi intensamente influenciado pelas descobertas de dois fisiologistas que causaram imenso impacto na época: Claude Bernard, que em 1879, havia sugerido que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar das mudanças no ambiente externo, e Cannon, que em 1939, sugeriu o termo homeostase para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo e preservar sua existência. Selye, adotando esses conceitos, definiu o *stress* como uma quebra neste equilíbrio.

Quanto à nomenclatura *Stress*, esta não é recente, pois foi adotada muito antes de seu uso sistemático ou científico. No século XIV encontram-se as primeiras referências à palavra "*stress*" com o significado de aflição e adversidade, embora seu uso fosse esporádico e não-sistemático. Passou, então, a ser entendido como uma demanda que o ambiente colocaria sobre sistemas biológicos, psicológicos e sociais (LAZARUS e LAZARUS, 1994).

Grande parte do interesse sobre *stress* remonta às duas guerras mundiais. Na Primeira Guerra Mundial, as desordens emocionais teriam sido atribuídas à fadiga da batalha, tendo, portanto, uma explicação física. Na Segunda Guerra Mundial, o assunto teria se tornado ainda mais importante devido ao grande número de soldados, que por conta de problemas emocionais, ficaram impossibilitados de combater (GOLEMAN, 1997).

O assunto teria passado após as guerras a fazer parte do elenco de preocupações de médicos e psicólogos que queriam entender o que causava, como as pessoas reagiam ao mesmo e também, explicar diferenças entre as pessoas para lidar com o *stress*. Em 1966, com as pesquisas sobre o *stress* ampliadas Lazarus introduz o conceito de interpretação do evento como verdadeiro estressor (CUMMINS, 1990 e GOMES, 1997).

Os estudos sobre *stress* se proliferam na forma de pesquisas ou publicações. Na década de 1960, um estudo mostrou que os EUA contavam com cerca de seis mil publicações por ano sobre o assunto. Quase todas essas publicações tinham um embasamento fisiológico. Já na década de 70, enfatizaram-se os aspectos psicológicos e a sua interação com fenômenos biológicos na gênese de distúrbios psicossomáticos (LIPP, 2000).

No início de 1986, várias instituições privadas financiaram uma importante conferência em Tucson, Arizona, com a participação de psicólogos, imunologistas e médicos. Reuniram-se com o objetivo de definir uma base comum na terminologia, procedimentos das pesquisas e medidas na área da psiconeuroimunologia. Ironicamente,

o primeiro obstáculo foi à tentativa de definir o *stress*, o que levou à conclusão unânime de que qualquer definição era literalmente impossível. Porém, chegou-se a um acordo segundo o qual o *stress* não é o que acontece a alguém – essas forças exteriores são os fatores de *stress* – mas como uma pessoa reage ao que acontece (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997, p.18).

Essa distinção aconteceu após uma longa evolução da compreensão do *stress*. Em muitos trabalhos anteriores, o *stress* foi considerado amplamente uma força universal que age sobre o organismo passivo. Supunha-se que todas as pessoas reagiriam mais ou menos da mesma forma a rupturas – a morte de um ente querido, um divórcio, uma briga com o patrão – e tais estressores provavelmente causavam danos à saúde.

Os estudos modernos desses fatores de *stress* progrediram devido aos psiquiatras Thomas Holmes e Richard Rahe, da Faculdade de Medicina da Universidade de Washington, que revelaram formas de classificar os efeitos de eventos estressantes. No final da década de cinqüenta e início da década de sessenta, baseados em testes com mais de cinco mil pessoas, Holmes e Rahe desenvolveram o método clássico e sistemático de relacionar os eventos da vida das pessoas a suas doenças. Demonstraram que, quanto maior o *stress* da pessoa, maior a probabilidade de adoecer nos meses seguintes (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997, p. 22).

Os eventos ligados a doenças abrangiam uma grande variedade de emoções incluindo divórcio, morte na família, troca de emprego, gravidez e compromissos financeiros. Holmes e Rahe revelaram que até ocasiões de alegrias e comemoração, como casamentos ou aposentadorias, podem ter seu preço, mesmo que exijam que se enfrente uma pequena mudança. Quando a vida traz muitas mudanças como essas de uma só vez, é mais provável haver uma reação prolongada e intensa provavelmente por *stress*.

Atualmente, os estudos e as publicações sobre *stress* e seus efeitos abrangem não só as conseqüências do *stress* no corpo e na mente humana, mas também suas implicações para a qualidade de vida da humanidade (LIPP, 2001).

Em 2000, Lipp durante a padronização do Inventário dos Sintomas do *Stress* para adultos, identifica uma nova fase: a quase exaustão, entre a resistência e a exaustão, passando o modelo de trifásico para quadrifásico.

A proposta do pai do *stress*, Selye, se difundiu e cresceu com liberdade e acabou sendo incorporada a vários campos do saber. Desde então, não só a medicina, mas a psicologia, a sociologia e sobretudo as ciências que se preocupam com a saúde e com a qualidade de vida em geral vêm produzindo trabalhos, textos e pesquisas utilizando-se do conceito de *stress* (ARANTES, 2002).

O seu estudo é, hoje, fundamental, devido a uma triste constatação acerca da sociedade atual, que favorece contatos interpessoais cada vez mais numerosos e superficiais (incluindo aqui todas instituições sociais), na qual as necessidades de comunicação ficam acumuladas, favorecendo insatisfações e revoltas somadas a outras fontes, instalando os sujeitos em mundos individuais em que as tensões voltadas para o exterior são cada vez mais intensas e menos realizáveis (SANCOVSKI, 2003).

Os seres humanos não são mais seres no espaço, mas sim seres no tempo, no qual a comunicação pessoal profunda e intersubjetiva constitui-se necessidade humana vital que este busca satisfazer de todas as maneiras que estão ao seu alcance, inclusive muitas vezes, o meio social não é receptivo às suas investidas e ele tem que lançar mão de recursos drásticos, como a enfermidade para ter um espaço para ser escutado e entendido.

Outro lado dessa questão, relaciona-se com o âmbito das organizações uma vez que pessoas estressadas teriam queda acentuada de produtividade, adoeceriam mais, mostrar-se-iam menos motivadas e mais propensas a deixarem o emprego.

Outro viés importante relacionado à realidade atual é a constatação de que cada vez mais se percebe nos índices das pesquisas e na observação empírica que tem crescido, em números objetivos, não apenas a expectativa de vida, mas também uma percepção incômoda de que a qualidade de vida não tem acompanhado esse ritmo, tornando o tema *stress* polemizante em diversas áreas do conhecimento.

Uma amostra desta situação está colocada na publicação do governo americano, em 1979, de um relatório (*Public Health Service*), no qual afirmava que o *stress* excessivo pode produzir mudanças psicológicas tão sérias que tenham implicações na saúde mental e física do indivíduo. A estimativa é de que pelo menos 50% das pessoas doentes estejam sofrendo de problemas relacionados ao *stress* (LIPP e MALAGRIS, 1995).

Num relatório datado de 1986, a Organização Mundial de Saúde – OMS – afirma que há uma multiplicação de manifestações de doenças decorrentes de desequilíbrios psicossomáticos. Permitindo-se compreender, então, que o homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças concretas (biológicas, como os microorganismos e/ou físicas e químicas). Desse modo, situações como quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, perda de emprega, doenças em si ou em pessoas da família, viuvez, aposentadoria, entre outros, são tão potencialmente danosos à pessoa (LIPP e MALAGRIS, 1995).

Também se fala atualmente que o *stress* é responsável pela maioria dos males que afligem os indivíduos, principalmente aqueles relacionados ao estilo de vida urbano e às conseqüentes alterações na estrutura e organização de vida dos indivíduos. Já se declara que o *stress* já é um problema econômico e social de saúde pública, implicando em gastos não só para o sujeito, mas também para empresas e governos. Contudo, a importância do conceito se dá pela sua provável relação com o adoecimento, caracterizada em pesquisas sobre a probabilidade do *stress* ser responsável por 70% das consultas a clínicos gerais (LIPP e MALAGRIS, 1995).

Contudo, tendo a finalidade de gerar novos conhecimentos sobre as interações do *stress* excessivo em indivíduos na contemporaneidade, salvaguardando a sua importância, vem esta pesquisa propor uma alternativa para a condução das respostas ao *stress* excessivo associado às questões ligadas aos relacionamentos profissionais através de uma aplicação sistematizada de técnica de meditação.

Para tanto, serão estudadas as especificidades do *stress* e dos métodos de meditação, bem como interações entre ambos que poderão ser observadas através do estudo prático realizado em grupo de intervenção, com sua contraparte em grupo de controle. Os resultados obtidos nesses grupos serão comparados entre si.

Assim, o resultado esperado é a identificação do controle e/ou diminuição dos níveis de *stress* no grupo de intervenção pela aplicação do método de meditação em comparação aos níveis de *stress* do grupo de controle que não será submetido à técnica de meditação, permitindo avaliação também da facilidade ou dificuldade destes em se adequarem com seu estilo de vida.

2.2 Conceituação de *Stress*

Como já mencionado, a origem do conceito remonta ao século XIV, quando *stress* era entendido como adversidade e aflição, sua acepção atual deriva do conceito de

esforço físico – tensão - que determinadas construções, tais como pontes, arcos, prédios, deveriam suportar. No século XVII, o termo originário no latim, passou a ser usado em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade. A analogia com o ser humano foi realizada, uma vez que as pessoas também conseguem lidar melhor com um tipo ou outro de peso e variam na sua habilidade de suportar carga emocional ou não (LIPP, 2001).

No fim do século XVIII, adotou-se a palavra *stress* no contexto da Física, significando uma força gerada no interior do corpo por causa da ação de uma força externa, que tende a pressioná-lo. Assim, o conceito de *stress* persistiu. Na medicina do século XIX, se originou como fator antecedente à perda da saúde pelo médico endocrinologista Hans Selye, que passou a ser considerado o "pai do *stress*" (HOCHE, 1977 *apud* LAZARUS e FOLKMAN, 1986).

Etimologicamente, *stress* significa solicitação, pressão e indica o impulso para reagir provocado pela estimulação. Porém, o seu significado real não é tão claro no uso comum e do ponto de vista científico também parece ligeiramente obscuro. Selye foi o primeiro a ressaltar: "o conceito científico de *stress* tem a sorte de ser muito difundido e a falta de sorte de ser muito mal interpretado" (BIZZARRI, 2001, p. 75).

Além do mais, nem todo *stress* é igual e nem todo implica nas mesmas conseqüências fisiológicas e patológicas. Por isso, Selye quis evidenciar a existência de um *stress* capaz de evocar respostas positivas, relativas ao bem-estar psicofísico, ao qual denominou de *eutress* (do grego *eu*, bem) e um *stress* que anuncia conseqüências negativas, o *distress* (do grego *di*, mal).

Assim, *distress* – o *stress* excessivo – leva à debilidade física e psicológica em intensidades variáveis, não possibilitando resposta adequada aos estressores, deixando o indivíduo suscetível e seu sistema nervoso perde capacidade de suportar a sobrecarga, conduzindo à deficiência comportamental, contribuindo para a piora do quadro. Já o eutresse é uma situação de equilíbrio atingida após um estímulo estressor, na qual o indivíduo supera os estímulos negativos e concomitantemente cria imunidade à sobrecarga estressante futura (figura 2).

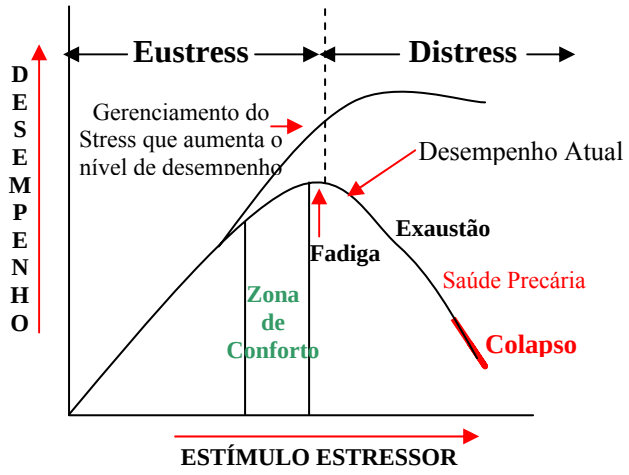


Figura 2 – Curva de Resposta do *Stress*
Fonte: Nixon, 1979 apud Lipp p. 97, 2005.

Em relação à reação do corpo a sobrecarga estressante, para Massini (1984) *apud* Arantes (2002, p.32): "capacidades físicas e psicológicas podem conseguir forças para enfrentar que convertem os estressores em oportunidade de crescimento e vigor psicológico".

A definição de *stress* psicológico de Lazarus e Folkman (1986), o aponta como uma relação entre a pessoa e o ambiente, na qual este último é avaliado como prejudicial ao bem-estar do primeiro. Neste sentido, dois processos interferem nessa relação: a avaliação cognitiva, um processo avaliativo que determina porque e quando uma situação é estressante, e o enfretamento, um esforço de mudança cognitiva, emocional e comportamental diante do estressor.

Portanto, *stress* está relacionado às várias dificuldades que a pessoa tem que enfrentar e aos meios pelos quais dispõe para isso, ou melhor, refere-se aos acontecimentos estressantes e às estratégias de ajustamento do indivíduo. Para acréscimo, estas estratégias de ajustamento do indivíduo a circunstâncias adversas ou estressantes, representando a forma como elas avaliam e lidam com a situação, é conceituado por Filgueiras e Hippert (2003) como *coping*.

A forma de reagir do organismo a diferentes agentes agressores era muitas vezes deixada à margem, pois o interesse da medicina era o de buscar o específico nas doenças, visando à cura precisa, direcionada aos sintomas. Então, o que não era específico ficava de lado, embora fossem manifestações comuns a muitas doenças não relacionadas entre si (ARANTES, 2002).

Isto, chamado por Selye de "Síndrome de se sentir doente", era mais estimulante do que pesquisar uma cura específica para uma doença específica, preferindo tentar compreender o mecanismo do adoecer. Sendo assim, observou que diante de qualquer agressão há mecanismos de adaptação do organismo semelhantes entre si e os denominou de *General Adaptation Syndrome*, expressão traduzida em português como Síndrome de Adaptação Geral ou como Síndrome Geral de Adaptação (SGA) composta de três fases: a fase - ou reação - de alarme; a fase de resistência; a fase de exaustão, que em linhas gerais são definidas como a seguir.

O confronto inicial com um estressor instala uma reação de alerta e o organismo se prepara para a luta ou fuga, como designado por Cannon (1939). Esta fase termina algumas horas após a eliminação de adrenalina e a restauração da homeostase, se o estressor tiver uma curta duração.

Neste caso, o organismo se restabelece e nenhum dano maior ocorre. É nesta fase que a produtividade aumenta e, se a pessoa souber administrar o *stress*, poderá usá-lo a seu favor devido à motivação, entusiasmo e energia que esse estágio do *stress* produz.

No entanto, o estado de alerta não pode ser mantido por muito tempo. Se o estressor perdura ou se ele é de uma intensidade excessiva, mas não-ideal, o organismo por meio da sua ação reparadora tenta restabelecer o equilíbrio interno entrando na fase de resistência ao *stress*.

Nesta etapa a pessoa automaticamente utiliza toda a energia adaptativa para se re-equilibrar. Quando consegue, os sintomas iniciais desaparecem e a pessoa tem a impressão de que está melhor. Dois sintomas, que muitas vezes passam despercebidos ao clínico aparecem de modo bastante freqüente nesta fase: a sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades com a memória.

Quanto aos aspectos fisiológicos, muitas mudanças ocorrem principalmente em termos do funcionamento das glândulas supra-renais: a medula diminui a sua produção de adrenalina e seu córtex produz mais corticosteróides. Tipicamente o organismo está enfraquecido e muito mais suscetível a doenças, porém se a pessoa puder utilizar meios de controle/diminuição/alívio do *stress* ou se o estressor é eliminado, ela pode voltar ao normal, sem seqüelas. Se a pessoa permanece nesta fase por um tempo muito longo o processo de *stress* se desenvolve na direção de sua fase mais crítica: a de exaustão.

Quando o organismo está se aproximando do fim da fase de resistência, várias doenças já começam a aparecer, tais como: herpes simples, psoríase, picos de

hipertensão e até o aparecimento de diabetes nas pessoas geneticamente predispostas a ele. Em outras pessoas verificam-se gripes, tonturas, alterações de pressão arterial, redução da libido, entre outras.

Contudo, se não ocorre interrupção do agente agressor, mesmo na memória, sobrevém este segundo estágio, em que as reações físicas tornam-se mais intensas. A pressão arterial pode permanecer continuamente mais alta, assim como o ritmo cardíaco.

Os sintomas desta fase, de resistência, são irritabilidade, dificuldade para relaxar, isolamento social, dificuldades sexuais, infecções de repetição, queda de cabelos, alterações cutâneas e alterações no ritmo do sono. A possibilidade da ocorrência de baixa auto-estima e dificuldade para superar esta nova situação pela própria queda de produtividade, leva à necessidade de ajuda profissional, a fim de evitar que estes sintomas se tornem crônicos ou entrem em fase de exaustão, na qual podem ocorrer manifestações orgânicas mais graves.

No caso de existir uma falha no mecanismo de adaptação ou de permanecer o mesmo fator agressivo, sucede o terceiro estágio designado como fase de exaustão ou esgotamento. O indivíduo se torna mais vulnerável a doenças, há disfunções fisiológicas, irritabilidade excessiva, depressão, baixa auto-estima, aumento da glicose e do colesterol, dependendo de cada um. Se esta situação permanecer, há o aparecimento de doenças graves como gastrites, úlceras gástricas ou duodenais, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, acidente vascular cerebral, asma brônquica, depressão e doenças auto-imunes.

Perdurando o estressor ainda mais, há um aumento das estruturas linfáticas, a exaustão psicológica em forma de depressão normalmente ocorre e a exaustão física se manifesta, doenças mais sérias começam a aparecer ou a se agravar. Na fase de exaustão ou quando ela está próxima, as doenças ocorrem com muita freqüência, tanto na área psicológica em forma de depressão, ansiedade aguda, inabilidade para tomar decisões, vontade de fugir de tudo, irritabilidade; como na área física, na forma de hipertensão arterial essencial, úlceras gástricas, retração de gengivas, psoríase, vitiligo e diabetes.

Portanto, Selye propôs um modelo trifásico para a Síndrome do *Stress*, no entanto, durante a padronização do Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos, realizado por Lipp em 2000, uma nova fase foi descoberta, caracterizando um modelo quadrifásico com os seguintes aspectos (LIPP, 2004, p. 18-19):

- Fase de Alerta: o processo de luta ou fuga se instala como uma forma auto-regulatória para enfrentar o desafio ou ameaça percebida. Há a liberação de noradrenalina e adrenalina na corrente sanguínea, assim como uma série de outros hormônios e outros sistemas são ativados. Entusiasmo, energia motivadora visando maior produtividade e enfrentamento da situação percebida.
- Fase de Resistência: aumento da capacidade de resistência do organismo, um grande gasto de energia, sempre buscando restabelecer a harmonia interior.
- Fase Quase-Exaustão: as defesas começam a ceder às tensões, não resistindo a elas. Não consegue restabelecer o equilíbrio funcional interno, há uma oscilação de suas defesas o que pode gerar momentos ora de bem estar, ora de cansaço propiciando o aparecimento de doenças.
- Fase de Exaustão: quebra total das resistências, sensações de esgotamento e fadiga que se perpetuado pode levar a sucumbir o organismo – morte.

Selye adotou o termo *stress* em um sentido técnico muito especial, definido como um conjunto coordenado de reações fisiológicas diante de qualquer forma de estímulo nocivo, inclusive ameaças psicológicas. De fato, o *stress* não era uma demanda

ambiental (à qual Selye chamou estímulo estressor), e sim, um grupo universal de reações orgânicas e de processos originados como resposta a tal demanda (LIPP, 2004).

Em suma, é, conceitualmente entendido, o *stress* como um processo complexo e multidimensional em que atuam estressores agudos ou crônicos dos seguintes tipos: ambientais (no trabalho, em casa ou na vizinhança, por exemplo), eventos maiores (como mudança de domicílio, morte ou doença em familiar, separação conjugal e desemprego), trauma (por exemplo, participar de um combate, presenciar crime violento ou acidente de trânsito ou ser vítima de, envolver-se em desastres naturais ou industriais) e abuso ou negligência na infância e na velhice. Tais fatores são percebidos pela pessoa como ameaça, necessidade de ajuda ou alerta, o que dá início a uma resposta, visando a adaptar-se à situação.

2.3 Epidemiologia e Prevalência

O *stress* é uma reação intensa do organismo frente a qualquer evento bom ou mau que altere a vida do indivíduo. Essa reação ocorre, em geral, frente à necessidade de adaptação exigida do indivíduo em momentos de mudança.

Sendo o Brasil um país em desenvolvimento onde as mudanças sociais, morais, econômicas e tecnológicas ocorrem com uma rapidez muito grande, é de se prever que o nível de *stress* do brasileiro seja significativo. A prevalência do *stress* provavelmente é bastante elevada no Brasil, pois diversos estudos com aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp realizados a partir de 2000 revelam um alto nível de *stress* no país, percebendo-se a existência de uma indicação de que mulheres experimentem níveis mais altos de *stress* do que os homens, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Incidência de *Stress* por cidade brasileira e por sexo

Cidade	Homens (%)	Mulheres (%)
São Paulo	36	47
Campinas	24	56
Araraquara	33	48
Rio de Janeiro	68	73
Porto Alegre	50	49
Fortaleza	54	64
Paulo Afonso	45	56
Salvador	56	82
Sobradinho	44	60
Teresina	52	57
Recife	51	73
São José dos Pinhais	47	48

Fonte: Manual do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, p. 73, 2005c.

Não só no Brasil a prevalência do *stress* é bastante alta. Nos Estados Unidos, conforme as estatísticas da American Psychological Association, de 75% a 90% das queixas nos consultórios médicos são por problemas relativos ao *stress*. Entre os adultos americanos, 43% sofrem de algum tipo de problema de saúde decorrente do *stress* e este custa ao mundo corporativo mais de trezentos bilhões de dólares por ano, cerca de sete

mil e quinhentos dólares por funcionário por causa da falta de assiduidade, da produtividade reduzida e das despesas com benefícios de saúde (APA, 2007).

Além do mais, o *stress* é apresentado como fator causal subjacente das cinco doenças globais mais comuns em 2020 previstas pela World Health Organization (WHO): doenças cardíacas, depressão severa, acidentes no trânsito, acidente vascular cerebral e doença pulmonar crônica. Existe uma conexão clara entre *stress*, doença cardíaca e acidente vascular cerebral tanto quanto com depressão. Entretanto, até mesmo acidentes no trânsito têm um fator causal do *stress* (MURRAY e LOPEZ,1998).

Segundo, estudos epidemiológicos apresentados no 8º Fórum Global de Pesquisas sobre Saúde, realizado em novembro de 2004 na Cidade do México, a prevalência de *stress* na população mundial é de 56%.

2.4 Etiologia

Para analisar a etiologia do *stress* em seres humanos, este capítulo inicia um estudo sobre os mecanismos de adaptação e adoecimento dos indivíduos mediante as demandas estressantes a que se submetem, seguidos pelos aspectos psicológicos do *stress* e sua relação com a qualidade de vida, passando pelos modelos teóricos e sua relação com a saúde mental e a psicanálise até emergir a modelagem neuroanatômica que eclode na neuropatofiosiologia do *stress*.

2.4.1 Adaptação ao *Stress*

No contexto deste estudo, a adaptação é entendida como processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos do indivíduo mudam continuamente para se ajustar a um ambiente em contínua transformação.

Na esfera psicológica, o resultado da resposta ao *stress* dependerá de diferenças individuais, sociais e de classe, bem como de características culturais, de gênero e padrões adaptativos de comportamento (SPARRENBERGER, SANTOS e LIMA, 2003).

Até mesmo a nível celular o organismo humano vai se adaptando ao *stress*, preparando-se para futuros eventos estressantes, como se fosse aos poucos aumentando seu limiar de *stress*. Como processo biológico de defesa, o *stress* oferece uma interessante analogia com o processo psicológico que foi denominado de enfrentamento, no qual o individuo se esforça por fazer frente ao *stress* psicológico (MEYER e SILVA, 1999).

O *stress* deve ser visto como um estado dinâmico, observando-se a relação entre o organismo e o entorno, a interação e o feedback (WOLF, 1953 *apud* LAZARUS e FOLKMAN, 1986). Também deve ser visto o *stress*, como um fenômeno ou uma reação emocional natural, biologicamente adaptativa e fundamental para a sobrevivência dos organismos (CARROBLES, 1995 *apud* FALCONE, 1997)

Dessa maneira, pode-se dizer que a vida é estressante e que o *stress* é parte inseparável da vida. No entanto, atualmente são inúmeras as publicações sobre *stress* e o ponto comum entre todas é o fato de existir uma falha nos mecanismos de adaptação por dificuldade de enfrentar uma situação inesperada, indesejada ou até mesmo desconhecida, seja física ou psíquica.

A resposta do *stress* dá-se através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostase. Quando a reação de adaptação ao *stress* não é adequada ou suficiente, aparece a doença medida

por alterações no funcionamento daqueles sistemas (MOREIRA e MELLO FILHO, 1992 *apud* VIEIRA, 2002, p.125).

As pessoas diferem quanto à sua forma de reagir aos desafios impostos pela vida. Enquanto algumas são capazes de superar uma perda altamente significativa, outras podem dar início a um transtorno psiquiátrico diante de um acontecimento estressante de menor gravidade. Desse modo, as variáveis individuais desempenham um papel decisivo na formação de um problema de saúde mais grave, como uma doença organiza, ou o início de um quadro psicopatológico (FALCONE, 1997).

Deste modo, o *stress* diante de situações verdadeiramente nocivas é adaptativo e necessário à sobrevivência, gerando um comportamento apropriado para livrar o organismo do perigo. Já o *stress* constante mantido por um longo tempo não é adaptativo e gera comportamento que torna crônico *stress* e pode provocar doenças.

A resposta ao *stress* deve ser entendida como sendo um processo e não uma reação estanque e independente, pois no momento em que ela se inicia, um longo processo bioquímico se instala. Independentemente da causa da tensão, o início se manifesta de modo bastante semelhante em todas as pessoas, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar em alerta. Só quando o processo está mais adiantado é que as diferenças se manifestam de acordo com a herança genética do indivíduo combinada com pontos de enfraquecimento desenvolvidos no decorrer da vida.

Contudo, dependendo da intensidade, tempo de duração, da vulnerabilidade do indivíduo e da habilidade de administrar o *stress*, este pode ou não conduzir a um desgaste geral do organismo. Quando a homeostase interna do organismo é perturbada por períodos longos ou de modo mais agudo, o desgaste ocorre de modo mais intenso.

2.4.2 *Stress* e Doença

O *stress* não é o elemento patogênico das doenças porque em níveis aceitáveis pelo organismo ele promove as alterações somáticas que cumprem a sua função de manutenção da vida. Porém, quando estas agressões se tornam repetitivas, intensas ou mesmo contínuas e prolongadas, o organismo pode entrar em uma situação de esgotamento de energia, levando ao enfraquecimento do sistema imunológico de tal modo que aquelas patologias programadas geneticamente se manifestam devido ao estado de exaustão presente. Portanto, o *stress* não causa uma determinada doença aleatória, mas ele pode estar presente na sua ontogênese por facilitar o seu desenvolvimento em pessoas propensas a ele.

Então, saúde é o silêncio dos órgãos. Essa frase quer dizer que a definição para um organismo de estar bem é a via da não-percepção do que está em funcionamento no corpo. Silêncio este que geralmente é quebrado pela dor, mecanismo de alerta que vem acordá-lo para o que há de errado com sua saúde e principalmente com sua vida. A palavra dor, etimologicamente, origina-se do latim vulgar *dolore* designa dor física, sofrimento, dor moral, pena, desgosto, tormento, aflição, tristeza. Tratando-se de uma sensação desagradável, variável em intensidade e em extensão.

A dor aguda sempre foi associada à noção de alerta, sinal de ameaça à integridade individual e está associada aos aspectos sociais e culturais, além dos individuais (QUAYLE e LUCIA, 2003).

Todavia, a realidade produz impactos surpreendentes e/ou traumáticos aos indivíduos, fazendo parte de sua condição as crises vivenciais e de angústias, os estados de suspensão devido a não constatação no real das antecipações imaginárias, dos planejamentos e dos cálculos. Assim, sejam via traumatismos vivenciais ou lesionais da vida, o sofrimento resultante da dor do viver é, também, a dor que se concretiza.

Outro aspecto importante é a influência dos aspectos psicológicos nas doenças em geral que pressupõe, antes de tudo, aceitar a relação indissolúvel existente entre as funções psíquicas e fisiológicas. Isto quer dizer que as funções psíquicas manifestam-se por meio de estados fisiológicos específicos e vice-versa (GOLEMAN, 1997).

Quando todas as formas de expressão dos sentimentos e conflitos falharam, a doença obtém êxito e fala mais alto, pede socorro pelo indivíduo. Ironicamente essa também é a única linguagem que as instituições sociais conseguem compreender – a linguagem da doença, que se manifesta no corpo. Enquanto se apresenta como queixas, mal-estar, entre outras, os chamados sintomas subjetivos, nada fazem.

A partir do modelo psicoimunológico das doenças proposto por Greer e Watson em 1985 e elaborado por Contrada e Cols. em 1990, o aparecimento das doenças é mediado pelas respostas imunológicas frente a fatores estressantes crônicos. As respostas neuroendócrinas à exposição ao *stress* ativam positiva ou negativamente o sistema imunológico e predispõem o indivíduo a inúmeras doenças. Estas muitas vezes são uma tentativa de reconstruir uma história perdida e/ou de dar sentido a uma existência às vezes conflitante, confusa e vazia (SOUZA, 2003).

Através desses conceitos pode-se aferir que o sintoma de uma doença, mais do que um alarme à presença de um inimigo, é a linguagem do corpo anunciando que algo na relação do ser com o mundo não está bem.

Além do mais, os seres humanos não são mais seres no espaço, mas sim seres no tempo, no qual a comunicação pessoal profunda e intersubjetiva constitui-se necessidade vital que estes buscam satisfazer de todas as maneiras que estão ao seu alcance. Muitas vezes, o meio social não é receptivo às suas investidas e o indivíduo tem que lançar mão de recursos drásticos, como a enfermidade para ter um espaço para ser escutado e entendido (SANCOVSKI, 2003).

Então, o sistema do organismo humano, em relação a uma definição de saúde, representa uma organização complexa e holística que integra de formas diversas os diferentes processos participantes no desenvolvimento saudável, um dos quais, sem dúvida, é a sua dimensão subjetiva que, apesar de sua natureza social, não esgota outros aspectos da vida social do homem que intervém no desenvolvimento da saúde (REY, 1997).

O conceito psicossomático é ampliado para que abarque desde um grupo específico de moléstia até o conceito geral de que toda a doença poderia ter uma etiologia psicossocial dentro de um sistema multicausal. Uma vez que não há dúvida de que a produção de emoções vinculadas ao comportamento de indicadores de risco associados, em geral com o processo de doença, constitui um aspecto central na pesquisa dos aspectos psicológicos associados aos processos de saúde e doença. Neste sentido, o papel do psiquismo no surgimento da doença tem sido tratado, essencialmente, através de duas perspectivas: uma que enfatiza o papel de padrões e dimensões psicológicas estáveis na vulnerabilidade do sujeito à doença e outra que enfatiza o significado do *distress* no processo de doença (LAZARUS, 1986 *apud* REY, 1997, p.03)..

Desse modo, as pesquisas têm mostrado que o *stress* não só se manifesta por sintomas, mas também contribui para a etiologia de várias doenças mais graves. É de se entender, portanto, o quanto ele pode afetar a qualidade de vida seja na área afetiva, profissional, social ou relacionada à saúde, profundamente afetada pelo nível de *stress* em que a pessoa se encontre (LIPP e MALAGRIS, 1995).

O estudo das causas das doenças tem apresentado que não se pode atribuir a um só fator a responsabilidade pelo desenvolvimento das mesmas, pois se acredita que muitas doenças sejam resultantes da interação entre fatores genéticos, ambientais,

patofisiológicos e psicológicos, incluindo o *stress*, em sua fase de exaustão. Estuda-se cada vez mais a relação doença-*stress* e, para um bom entendimento da mesma, é fundamental que se conheça o mecanismo psicofisiológico do *stress*.

Trabalhos em psicossomática com uma abordagem biopsicossocial do *stress*, entendem que os estímulos estressores podem ser provenientes tanto do meio externo como do interno; acreditando que o indivíduo pode contribuir para o aumento ou a diminuição da intensidade do estressor. Nesse sentido, afirmam que é possível controlar as causas internas do *stress* e que esse controle tem efeitos muito importantes para a saúde (FRANÇA e RODRIGUES, 1997 *apud* FILGUEIRAS e HIPPERT, 2003).

Em relação à sintomatologia, os sintomas físicos mais comuns do *stress* são: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Já os sintomas psíquicos, nomeados como mentais e emocionais, referem-se à diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (FILGUEIRAS e HIPPERT 2003).

Vale lembrar, que o *stress* pode causar ou piorar várias doenças como asma, doenças de pele, alergias e doenças imunológicas, estando todas estas relacionadas a uma ativação excessiva ou patológica do sistema hipotálamo-hipófise-supra-renal, além de poder ser responsável por problemas digestivos, coronarianos e vasculares, como a hipertensão. Quando muitos desses sintomas aparecem conjuntamente, a principal causa a ser considerada é o *stress* severo. Sintomas depressivos podem ser associados ao *stress*, como diminuição do apetite, alterações no sono, comportamento apático e perda de interesse sexual.

Já o *eustress* é a quantidade de *stress* que melhora o desempenho do sujeito, enquanto o *distress* é o excesso ou insuficiência desse estado, que paralisa o indivíduo ou o leva a ter respostas inadequadas. Assim, pode-se afirma que a doença seria uma resposta de *distress*. A respeito dos fatores sociais tornou-se de fundamental importância os estudos de Pelletier, denotando que a capacidade de enfrentar o *stress* não é meramente uma questão de controle ou atitude pessoal e sim que este pode refletir a intensidade dos laços sociais, que funcionam como amortecedores (PELLETIER, 1997 *apud* FILGUEIRAS e HIPPERT, 2003).

2.4.3 Modelos Teóricos da Ansiedade

Algumas teorias tentam elucidar os fenômenos psicológicos e psicopatológicos da ansiedade, sintoma característico das causas internas do *stress*. Por este fato e pela importância dada a estas em pesquisas anteriormente expostas, torna-se essencial uma investigação sobre modelos teóricos da ansiedade que se subdividem em: teoria psicanalítica e a teoria neuroatômica, bem como demais modelos do *stress*. Primeiramente, serão investigados os modelos de ansiedade e posteriormente alguns modelos recentes sobre o *stress*-doença.

Para se tratar de modelo psicanalítico, torna-se essencial fazer-se uma breve discussão a respeito da caracterização de saúde mental pela psicanálise e sua contra-parte na psiquiatria, representante oficial das artes médicas no estudo dos aspectos subjetivos manifestos nos humanos.

2.4.3.1 Saúde Mental e Psicanálise

É possível a partir dos estudos de Freud se estabelecer uma diferença fundamental entre psicanálise e saúde mental. Não sendo esta apenas referente ao termo

psíquico. Outros impasses existem, quando se considera que é na psiquiatria que está a raiz mesma da saúde mental. Ir-se-á deter em apenas dois – aqueles que se referem às diferenças quanto às questões da demanda e do sintoma, tanto na psiquiatria como na psicanálise.

Quanto à demanda, tomando primeiramente a que é dirigida ao psiquiatra, apresenta-se em geral como uma demanda social que visa essencialmente à readaptação do paciente à sociedade. Muitas vezes sequer é feita pelo próprio paciente, quando este é pressuposto como incapaz de formular uma demanda. E ainda que o faça, dificilmente será validada como discurso: serão elementos da anamnese que se enquadrarão numa nosologia, o que significa, que as questões do sujeito não serão valorizadas.

No que se refere à psicanálise, a demanda que o paciente dirige ao psicanalista é de outra ordem e implica fundamentalmente suas questões de sujeito. É por estas questões, e ainda que sem saber bem quais sejam, que ele sofre, expressando-as, também sem saber, nos seus sintomas. O que ele sabe é que tais sintomas o fazem sofrer e, deles falando ao analista, o paciente lhe demanda que deste sofrimento o liberte.

Já, se está então, na questão do sintoma e de suas diferenças, no que diz respeito à psiquiatria e à psicanálise. Pode-se dizer que, de certa maneira, o sintoma psiquiátrico é constituído pelo psiquiatra, na medida em que é ele quem o observa, o descreve e o classifica, dando-lhe então um nome. Quanto ao sintoma psicanalítico, trata-se de algo muito diferente.

Em primeiro lugar porque, para que exista como tal, é preciso que seja falado ao psicanalista pelo próprio paciente, embora isto não baste para que um sintoma se constitua como psicanalítico. Aquele que chega ao analista queixando-se de seu sintoma, sente-o como um corpo estranho, como um sofrimento que lhe vem de fora. Será então necessário que o sujeito possa se perceber também como responsável por aquilo que o faz sofrer e, nisto, o analista está implicado. Assim, é na experiência analítica mesma, no endereçamento do discurso do paciente ao analista e na medida em que o próprio analista passa a fazer parte do sintoma do sujeito que este sintoma se torna psicanalítico.

Se, há questões fundamentais que impossibilitam a inclusão da psicanálise no campo da saúde mental, busca-se, no entanto, o possível de uma relação entre ambas que possa se configurar ao menos como um campo de intersecção. Começa-se por Freud e por seu desejo de que tal seja possível, quando, nos dois artigos de enciclopédia: "Psicanálise" e "Teoria da libido", escreve sobre a relação da psicanálise com a psiquiatria:

> "A psicanálise não se encontra em oposição a ela, como se acreditaria pela conduta quase unânime dos psiquiatras. Ao contrário, na sua qualidade de psicologia do profundo – psicologia dos processos da vida anímica subtraídos da consciência −, está chamada a oferecer-lhe a base indispensável e a remediar suas limitações. O futuro criará, previsivelmente, uma psiquiatria científica à que a psicanálise terá servido de introdução" (FREUD, 1986, Vol. XIX, p.247).

Desde algum tempo, há autores que pensam e trabalham no sentido de estabelecer, na prática, esta possibilidade de relação, sem desconhecer que se tratará sempre de uma relação parcial, na medida em que implica também uma permanente disjunção. Lendo alguns deles, percebe-se que aquilo a que apontam é um caminho a construir, através de algumas experiências que vêm sendo feitas e que incluem a questão de uma escolha e de uma aposta.

Parece fundamental, que se trata de buscar uma intersecção possível entre saúde mental e psicanálise, que uma primeira escolha se faça e esta diz respeito à coisa

mental, ou seja, ao psíquico. Assim, é possível de se concorda com Lobosque quando, ao colocar sua escolha, afirma: "(...) é à coisa mental freudiana que se pode referir a formação do trabalhador de saúde mental quando está em causa sua responsabilidade como clínico", deixando claro que deseja que a formação em saúde mental esteja articulada ao psíquico freudiano e, nisto, seu desejo está em consonância com o de Freud, quando este escreveu sobre a relação da psicanálise com a psiquiatria (LOBOSQUE, 1996, p.36-37).

Pensa-se que é justamente o psíquico freudiano, ou seja, o inconsciente, a base indispensável que a psicanálise tem a oferecer à saúde mental e, se esta aceita a oferta, pode-se inaugurar então a possibilidade de um campo de intersecção entre ambas. Certamente isto terá conseqüências e talvez a primeira delas seja colocar em questão as próprias definições oficiais, tanto de saúde como de saúde mental.

Relembra-se aqui a definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – "não só a ausência de doença, mas o completo estado de bem-estar físico, mental e social" (IZAGUIRRE, 1999, p.253) –, e os termos em que se expressa a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre saúde mental (p.248): "na atualidade saúde mental não é apenas sinônimo da tradicional higiene mental, nem da clínica psiquiátrica, mas implica um sentido muito mais amplo e abrangente e inclui a problemática de saúde e doença, sua ecologia, a utilização e avaliação das instituições, seu pessoal, o estudo das necessidades da comunidade e os recursos para satisfazê-la...".

Como falar, no entanto, em "completo estado de bem-estar mental", quando o mental a que Freud se refere é o psíquico, isto é, o inconsciente? Há que se reconhecer o impossível disto, pois o inconsciente emerge exatamente onde se manifesta, no discurso, a incurável divisão do sujeito que fala sem saber bem o que diz, revelando, assim, a sua incompletude. Ou ainda: poderá a saúde mental ser "sinônimo da tradicional higiene mental" ao aceitar tomar como base a que lhe oferece a psicanálise? Como fazer a higiene do inconsciente? E se o inconsciente implica a particularidade do sujeito que se constitui a partir do significante, poderá a saúde mental estudar as necessidades da comunidade sem levar em conta a singularidade do sujeito?

Pensa-se que são questões assim que levam Lobosque (1996, p.40) a afirmar: "Não estamos condenados às definições da OMS", não sem antes este mesmo autor ter escrito: "Eis aí o interesse político da questão" (p.39-40). Isto é fundamental, uma vez que as definições acima mencionadas são expressões de uma política de saúde mental.

Ao dizer política, refere-se, com Izaguirre (1999, p.248), a: "decisões tomadas a níveis de organismos que têm a ver com determinada prática social; que decidem ações tendentes à obtenção do equilíbrio entre as pessoas e entre diferentes setores sociais; que tendem a prometer o que se define como o bem-estar geral ou, ao menos, o bem-estar para o maior número de pessoas de um universo definido. Quando se quer ser mais amplo em sua definição, podemos dizer que se trata da obtenção da felicidade para todos ou, ao menos, para a maioria. É uma promessa de felicidade".

Uma promessa que a psicanálise não tem como fazer, quando Freud adverte justamente sobre o mal-estar na cultura. Assim, ao aceitar como base o inconsciente, a saúde mental estaria ao mesmo tempo propondo, através de suas práticas, a subversão de uma política institucionalizada. E não poderia ser de outra forma, quando se sabe que o inconsciente é subversivo em seu radicalismo.

É este radicalismo que Lacan sustenta e faz valer quando, na sua obra, formaliza o inconsciente freudiano. Por isso, se refere aqui a autores que, tendo uma prática embasada na teoria lacaniana, apostam numa intersecção possível entre saúde mental e psicanálise, buscando "um espaço rigoroso de articulação" entre psiquiatria e psicanálise, sem tentar uma síntese entre ambas. Não se desconhece, no entanto, que,

através de percursos teóricos diferentes, há outros autores que trabalham também no mesmo sentido (LOBOSQUE, 1996, p.62).

Como dito anteriormente, trata-se de um caminho ainda em construção que vem sendo aberto através de experiências importantes, como as narradas por Lobosque (1996), em Minas Gerais, ou como as que vêm sendo realizadas em Buenos Aires, a partir do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, relatados por Izaguirre (1999) em Salud Mental y Psicoanálisis.

Importante ainda incluir, no marco desta exemplificação, uma outra autora – Ana Cristina Figueiredo, cuja "atuação como docente tem se pautado na formação de profissionais que se propõem a desenvolver um trabalho clínico referido à psicanálise, voltado para o atendimento ambulatorial em instituições públicas de saúde" (FIGUEIREDO, 1997, p.9).

O interesse aqui é marcar que a autora, embora tomando um viés de atuação diferente daqueles tomados pelos dois autores acima referidos, aponta também dificuldades e divergências que emergem, quando se trata de buscar uma relação possível entre saúde mental e psicanálise. Neste sentido a cita, quando escreve sobre a clínica psicanalítica no ambulatório público Figueiredo (1997, p.10-11): “Uma das críticas feitas freqüentemente ao ambulatório, especialmente pelos ideólogos da saúde mental, é que sua estrutura e modo de funcionamento são análogos aos do consultório, como se esta prática, com seu caráter privado, fosse indevidamente transposta para o serviço público. Penso justamente o contrário. O ambulatório não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público”.

Desenvolvendo, no entanto, seu trabalho no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ana Cristina está necessariamente no campo da chamada saúde mental, também construindo, na prática, uma intersecção possível da psicanálise com a saúde mental. E, ao fazê-lo, está provando que o ambulatório não é um simulacro do consultório privado justamente porque, nele, "qualquer pessoa tem o direito de ser atendida". Figueiredo (1997, p.11) – se diria, de ser escutada na sua singularidade de sujeito. Com a afirmação acima, se está evidentemente referindo à escuta psicanalítica que remete, então, ao campo da psicanálise, que será abordado como modelo teórico à ansiedade que caracteriza as causas internas do *stress*.

2.4.3.2 Teoria Psicanalítica para Ansiedade

A teoria psicanalítica afirma que as crises de ansiedade decorrem do escape de processos mentais inconscientes até então reprimidos. O modelo de Neurose de Angústia elaborado por Freud apontava para um aumento da quantidade de energia no interior do aparelho psíquico que se traduziria diretamente em angústia, ou na forma de uma excitabilidade generalizada carregada de expectativa ansiosa, ou na forma de acessos de angústia.

A base teórica dessa hipótese repousa na idéia de que quando existe no inconsciente um processo como uma idéia, um desejo, ou uma emoção com o qual o indivíduo não consegue lidar, as estruturas mentais trabalham de forma a manter esse processo fora da consciência do indivíduo. O surgimento da angústia se dá pela incapacidade do cérebro de realizar uma elaboração psíquica dessa quantidade de energia. Entretanto quando esse processo é muito intenso, ou quando os mecanismos de defesa enfraquecem, os elementos reprimidos podem surgir de maneira desautorizada na consciência do indivíduo. A mente, nesse caso, trabalha no sentido de mascarar a crise de tal forma que o indivíduo continue sem perceber conscientemente o que de fato está acontecendo.

Assim, se essa energia psíquica está recheada de sentimentos negativos ou desejos proibidos, a estrutura mental do indivíduo trabalha no sentido de mantê-los longe da consciência e reprimidos. No entanto, se apesar do esforço esses elementos negativos conseguem ultrapassar esses bloqueios, o aparato mental os transforma em outra imagem, podendo emergir as causas internas do *stress*. Uma vez que o equilíbrio mental foi ameaçado o funcionamento mental inconsciente transforma o conteúdo da repressão numa crise de ansiedade.

Com o passar dos anos, o conceito de *stress* foi sendo utilizado ora na concepção genérica ou vinculado a manifestações somáticas observadas pela clínica médica e, na sua generalidade, amplamente incorporado pelos meios de comunicação (STORA, 1991, *apud* ARANTES, 2002).

Esse fato associado com a aproximação realizada por Spitz (1955) entre *stress* e desamparo, casando duas figuras alinhadas no campo do sofrimento psíquico com conseqüências somáticas irrefutáveis, foram importantes para a intervenção psicológica ao *stress* excessivo.

Assim, desamparo evoca sofrimento severo, pânico, angústia. E supondo-se que a angústia seja um estressor, ela terá, necessariamente, um papel ativo no desenvolvimento do *stress*. Sendo considerada uma manifestação do estado de exaustão e de colapso, ocuparia o lugar de manifestação última desta síndrome, podendo ser considerada ainda, como o principal ingrediente da fase de resistência, não elemento de paralisia mortífera e letal, mas um organizador inquieto do enfrentamento dos estressores.

Fazendo um aporte a síndrome do se sentir doente descrita por Selye, nome genérico para a síndrome do *stress*, pode-se supor que ela possa ter um papel peculiar na etapa de resistência ao *stress*, desde que seja possível assimilá-la como um organizador, prenunciando que alguma coisa vai acontecer. Assim, a angústia pode ter um papel no estado de resistência ao *stress* mais do que um papel na etapa de colapso, o que a configuraria como uma doença do *stress*.

Deste modo, seria, o *stress*, qualificado na sua vertente psíquica, ou melhor, um *stress* no registro do psíquico e com o sofrimento psíquico decorrente desse que se manifesta também somaticamente. O propósito de trazer a angústia para um estudo sobre *stress* é lançar novos olhares na compreensão do *stress* e aproximá-lo de questões que há tempos afligem os pesquisadores do assunto, pois há autores que concedem à angústia o lugar de resultante e não de agente estressor, sendo esta uma manifestação do *stress* (ARANTES, 2002).

Uma solução negociada para esse conflito seria pensar sobre o *stress* como um processo dinâmico que contém, em suas diferentes etapas de manifestação, elementos que serão paulatinamente desconstruídos até finalmente serem neutralizados e, na melhor das hipóteses, eliminados. Porém, quando esses conteúdos são afetivos já se sabe que sempre acabam deixando um resíduo.

Sobre essa questão, o elo de união entre angústia e *stress* é a possibilidade de ampliar a compreensão de que a angústia, tão presente em textos e debates relativos ao *stress*, seja pensada pela via que defende o não desconhecimento das aflições do corpo enquanto se possa debruçar sobre as aflições da alma, sendo de suma importância à compreensão de que a angústia permite que o indivíduo se elabore, mas também se tranqüilize.

É consenso a qualificação como um paradoxo da idéia de que a angústia também tranqüiliza porque sendo angústia faz supor sofrimento. Contudo, volta à cena de uma dor já vivida, nesse momento revisitada, fala de um limite necessário que, sendo do viver, exige um prosseguir. Sobre este assunto, Arantes (2002, p.57) diz: “a angústia

acaba sendo esta pauta por onde transitam os afetos mais somáticos e as dores mais psíquicas". E analisando essa assertiva denota que a angústia fica, então, como uma hipótese, nesse lugar de resistência; como uma vacina-sinal, inerente à etapa que no conceito do *stress* é aquela em que o corpo convoca suas defesas para não sucumbir ao ataque sofrido.

Transcendendo esta questão, é importante apontar que a angústia por ser parte do registro psíquico pode ser elaborada e não necessariamente ficar refém de uma repetição que oprime, enquanto somática, pode deixar escoar no corpo sua dor e não necessariamente entrar em um colapso irreversível e sendo originária, traz a marca do humano do qual não se pode escapar.

A angústia é um dos problemas fundamentais da existência humana, que todas as pessoas, quando não são interrogadas sobre sua natureza, neste momento, apesar de saberem o que é, quase nada sabem a respeito. Em continuidade, explica que a reflexão especulativa é abstrata e a angústia sempre uma experiência eminentemente individual e concreta marcando no mais profundo e íntimo da singularidade humana, que os acompanha em todos os momentos da vida com a persistência e a teimosia de uma sombra (ROCHA, 2000).

Com relação à dimensão existencial da angústia se manifesta como um grito, que tanto pode ser de desespero, quanto de apelo e é dirigido na direção do outro. Freud alertou para a relação da angústia com o corpo pois é através do corpo que ela se manifesta devido à capacidade deste de exprimir através de sua linguagem, a linguagem do afeto como seu instrumento.

Neste sentido, pode-se aferir que a angústia é o sintoma do *stress* que pode ser trabalhado, pela via do psíquico, e por onde pode haver alguma possibilidade de mudança no modo como o indivíduo enfrentará a situação estressante a partir daí. Em alguns casos não é possível eliminar o agente estressor, entretanto, pode ser visto que o adoecer ou não dependerá da oportunidade que se oferece a essa pessoa de re-significar, compreender e entrar em contato com sua angústia e com seu *stress*.

McDougall (1996) *apud* Arantes (2002, p.64) refere "... que a resposta psicossomática, bem como toda e qualquer organização sintomática, (...) é uma tentativa de organizar uma resposta ante o agente desorganizador; (...) o indivíduo faz o que pode para dar conta do sofrimento. É um ato de resistência que o enlouquece, neurotiza-o ou fisicamente o adoece. O sintoma e a resposta psicossomática são as mais devastadoras, levam à falência do corpo e contaminam o aparelho de pensar. É uma forma arcaica e precoce de responder ao sofrimento psíquico".

E em acréscimo a discussão desse tema, pode-se entender que os sintomas somáticos invariavelmente envolvem o colapso da capacidade de simbolização da pessoa e, portanto, da capacidade de elaborar mentalmente o impacto das situações de *stress*. Quando a angústia, a aflição, a fúria não-reconhecida, o terror ou a excitação incomum são somatizados em vez de, serem reconhecidos e processados mentalmente, o indivíduo submerge numa forma primitiva de pensamento (ARANTES, 2002).

A este respeito McDougall (1996, p.3) diz: "todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais".

Não podendo se esquecer que o adoecimento e os distúrbios orgânicos, estão mais no terreno da economia psíquica que do sintoma médico. Fala-se de um corpo que não se diagnostica através do *scanner*, mas através do discurso, podendo o afeto, particularmente, a angústia, vir ao corpo e mobilizar e fazer o corpo se expressar. O refrear a angústia, pura e simplesmente, mesmo na prática medicamentosa, não faz diminuir, nem tampouco elimina a causa que ela sinaliza e quando muito só atenua suas

sensações orgânicas. Pois muitas vezes o sintoma deve ser considerado como uma metáfora cujo significado está ausente para o indivíduo consciente (EISENBRUCH, 2000).

Dando seguimento a essa idéia, supõe-se que a doença seria uma forma de satisfação procurada, um certo benefício, mesmo trazendo alguns prejuízos. Contudo, o que permite o sujeito sair dessa condição de doente, possibilitando-lhe um outro benefício, é a chance que é ofertada a ele de falar de seu sofrimento. A bonificação é a fala, que por sua capacidade em se prestar ao equívoco, abre-se a várias significações, a uma pluralidade de sentidos que permite ao inconsciente ser permeável ao discurso. Fala que tem efeitos sobre o corpo e que pode libertar o indivíduo do aprisionamento da doença, permitindo-lhe então, outros caminhos.

De um lado, relembra, Priszkulnik (2000) que Freud já havia questionado a origem exclusivamente orgânica das doenças e mostrado que a fala tem função terapêutica e que os distúrbios patológicos do corpo e da mente podem ser eliminados por meras palavras.

Por outro lado, fica mais evidente que a angústia que não se permite sequer ser sentida acaba por tomar o corpo, manifestando-se através de sintomas passíveis ou não de ocasionar uma doença mais grave, mas que estão ali presentes desde o princípio das relações psicossociais e camuflados pelas atividades estressantes próprias com contato prolongado com estes.

A grande contribuição da sistematização feita pelos estudos realizados por Stora (1991) *apud* Arantes (2002) sobre *stress* no ambiente de trabalho é a possibilidade que apresentam de se compreender o *stress* como resultado de um processo e, sendo assim, passível de algum tipo de proposta de prevenção adaptada a cada situação particular.

Complementando, é fundamental a insistência de se levar em consideração à totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeiam para se ter uma compreensão mais ampla dos processos de adoecer. A totalidade surge quando se leva em conta a pessoas – o doente – e não a doença (GASPARINI e RODRIGUES, 1992 *apud* MELLO FILHO, 1992).

A partir desta atual tendência enfatiza-se a compreensão do processo de adoecer, não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas sim representando a resposta de um sistema de uma pessoa que vive em sociedade. Portanto, o processo de adoecer deixa de ser um desenvolvimento e passa a integrar sua biografia. A pessoa, no transcorrer do seu desenvolvimento, constrói e estrutura formas de ser e reagir aos diferentes estímulos aos quais pode ser submetido no sentido de manter a homeostase do sistema humano. Contudo, em algumas situações-limite, como o adoecimento, pode necessitar de apoio externo para reforçar e até modificar sua forma de reagir, amadurecendo e desenvolvendo-se em busca de seu bem-estar e de mais qualidade de vida.

2.4.3.3 Teoria Neuroanatômica para a Ansiedade

Diversas evidências sugerem que o *locus coeruleus* (LC) está envolvido em funções complexas como aprendizado, memória, *stress* e extinção de comportamentos e principalmente pelo seu papel no processamento de múltiplas aferências sensoriais, em especial no que diz respeito ao significado do estímulo (GRAEFF, 2003a).

O *locus coeruleus* possui cerca de 50% dos neurônios noradrenérgicos do Sistema Nervoso Central (SNC), e é responsável pela produção de até 70% de toda a noradrenalina cerebral. É ele também que provê a principal inervação noradrenérgica para os córtices cerebral e cerebelar, para o sistema límbico, tronco cerebral e várias

regiões da medula. Também recebe aferências de quase todas as áreas do Sistema Nervoso Central (GRAEFF, 2003b).

Adicionalmente, sua estimulação produz quase todas as reações fisiológicas e autonômicas de "fuga ou luta" características do *stress*. O LC se conecta ao nervo vago que se estende às regiões do tórax e do abdômen, podendo explicar a origem do mal estar abdominal, sensação de sufocação e taquicardia que são freqüentes nas fases de exaustão do *stress*. A ponte, onde está localizado o LC, possui também amplas conexões com o Sistema Límbico (SL) onde estão localizadas as reações de medo e ansiedade. Além disso, a ponte é caracterizada por estar fora da área onde se pode exercer influência voluntária como no córtex, o que poderia explicar a origem inesperada e incontrolável de crises ansiosas.

Apesar da estimulação do LC levar a um comportamento de medo ou ansiedade, e sua lesão, seja anatômica ou funcional, levar a uma outra situação desse comportamento, principalmente em situações de grupo em estudos com animais, deve-se lembrar que os efeitos tidos como mediados por neurônios noradrenérgicos podem ser o resultado da alteração de outros sistemas neurotransmissores no cérebro vivo. Em todo caso, os dados anatômicos e funcionais ressaltam a importância do LC em qualquer modelo neuroanatômico dos Transtornos de Ansiedade pela sua localização e abrangência única de conexões (GRAEFF, 2004).

A neurobiologia do *stress* será profundamente abordada no capítulo sobre neuropatofisiologia do *stress*.

2.4.3.4 Outros Modelos Teóricos do *Stress*-Doença

Muitos modelos tentam explicar o mecanismo que age como substrato para manifestações psicossomáticas de reações ao *stress* emocional. Segundo Lipp e Malagris (1995), apesar de haver uma grande variedade de enfoques, o ponto comum que se abstrai dos seus postulados é de que o órgão-alvo atingido resulta de uma estimulação excessivamente freqüente, intensa e prolongada.

Um modelo para *stress*-doença entre vários propostos é o de Everly (1989) *apud* Lipp e Malagris (1995) que enfatiza, pela ação dos eixos que formam as respostas do *stress* (neural, neuroendócrino e endócrino), o órgão-alvo pode ser ativado, aumentado ou inibido no funcionamento normal. A explicação do órgão-alvo remete aos sistemas do organismo que podem ser ativados pelo *stress* tais como: o sistema cardiovascular, gastro-intestinal, a pele, o sistema imunológico, entre outros. O modelo coloca que a ativação dos órgãos-alvo gera oportunamente sintomas e sinais clínicos que torna possível o diagnóstico do *stress*.

Este modelo de *stress*-doença embasa a assertiva de que a doença possui na sua etiologia o fator *stress* como um dos fatores contribuintes necessitando não só da estereotipia da resposta, mas também da contribuição de uma vulnerabilidade do órgão-alvo. Essa última pode ser geneticamente determinada, embora também pode ser adquirida devido a problemas que ocorram durante o desenvolvimento.

Como já foi dito, a doença que o *stress* pode desencadear ou manter é geralmente, determinada por uma série de fatores. Na fase inicial, de alerta do *stress*, os sintomas são idênticos, como mãos frias, taquicardia, tensão muscular e a sensação de se estar em alerta; mais tarde, contudo, a ação do *stress* vai de manifestar de modo diferenciado, dependendo das vulnerabilidades pessoais envolvidas.

Existe uma predisposição psicofisiológica para alguns indivíduos sofrerem a resposta de *stress* de um modo específico, uma vez que parece não ser possível em uma pessoa que enfrenta um estressor que todos os mecanismos e eixos sejam mobilizados

simultaneamente durante todo o tempo (STERNBACH, 1966 *apud* LIPP e MALAGRIS 1995).

Uma vez que a resposta de *stress* possui componentes emocionais e físicos há, portanto, uma correspondência direta entre a tensão emocional experimentada por um indivíduo e as reações físicas por ele exibidas. Esse ponto não se relaciona a somatizações e sim a problemas que ocorrem não só na área física, porém também nas áreas: social, afetiva e profissional devido à ação do *stress*.

Neste sentido, o *stress* emocional excessivo desencadeia uma ação metabólica que afeta a produção de hormônios, entre eles adrenalina, corticóides e muitos outros, os quais afetam todo o funcionamento do ser humano. Na área psicológica e cognitiva se destaca o humor, a libido, a memória, a capacidade afetiva, a habilidade de concentração e de raciocínio, a capacidade de resolução de problemas, entre outros (LIPP 1997).

Quanto ao aspecto orgânico, pesquisas apontam que o *stress* pode contribuir para a ontogênese e desenvolvimento de uma série de patologias, tais como: problemas dermatológicos, hipertensão arterial essencial, diabetes, úlceras duodenais e até câncer.

É importante ressaltar a grande contribuição de Selye de mostrar que, independentemente da fonte do estímulo estressor, o organismo reage com o mesmo padrão de resposta para restaurar a homeostase interna, propondo dois estágios para a Síndrome Geral de Adaptação (SGA): o primeiro, caracterizado por uma resposta adaptativa complexa de alarme e ativação; o segundo, constituído a partir das conseqüências desajustadas da resposta de *stress* prolongado, quando a ativação é crônica (ROSSI, 1994 *apud* FILGUEIRAS e HIPPERT, 2003).

Contudo, as pesquisas atuais defendem que a SGA não tem um caráter tão específico, pois foram observadas diversas respostas do organismo conforme variam os estressores. Esta situação havia sido demonstrada em 1952 por Wolff que durante seus estudou identificou que os distúrbios da relação do homem com o seu ambiente físico e psicossocial podem gerar emoções desprazeirosas e estimular reações de vários tipos, sendo a doença uma reação ativa do organismo e não apenas um efeito aos estímulos nocivos.

Seguindo esta lógica, a compreensão da patologia dentro da perspectiva de um processo histórico e inter-relacional amplia e enriquece os conhecimentos sobre os complexos mecanismos bio-físico-químicos relacionados com o processo de adoecer.

Assim, é de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja dele com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para originar transtornos funcionais, e estes, se repetidos e persistentes, alteram a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações (PONTES, 1987 *apud* FILHO, 1992).

Isto quer dizer que, o desgaste a que as pessoas são submetidas no seu processo de viver é um dos co-fatores mais potentes no desenvolvimento de doenças. Uma vez que, todo o instante as pessoas estão fazendo movimentos de adaptação, ou seja, tentativas de se ajustarem às mais diferentes exigências, quer no ambiente externo, quer no mundo interno, resultando, pois, as reações de *stress* dos esforços de adaptação. No entanto, se estas exigências forem muito intensas ou se o agente do *stress* for muito potente e/ou prolongado, poderá haver, como conseqüência, doença ou maior predisposição ao desenvolvimento de doença por causa da reação protetora sistêmica desencadeada pelo *stress* que pode ir além da sua finalidade e dar lugar a efeitos indesejáveis e nocivos.

Parece, então, que o perigo é maior nas situações em que a energia mobilizada pelo *stress* psicoemocional não pode ser consumida. Aliás, Selye já lembrava que as

doenças de adaptação são conseqüência do excesso de hostilidade ou do excesso de reações de submissão. Além disso, a possibilidade que o organismo contenha memória afetiva (sistema límbico, hipotálamo conectados com o córtex) de situações de *stress* anteriores, perpetua o potencial nocivo.

2.4.4 *Stress* e Qualidade de Vida

A definição de qualidade de vida, apresentada por especialistas da Organização Mundial da Saúde, afirma que esta é a percepção do sujeito acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (PASCHOAL, 2002).

Segundo o consenso de pesquisadores, "a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social. Essa questão remete à ponderação sobre a complexidade e a subjetividade implicadas nesta noção, de modo que se poderia considerá-la como o resultado de uma avaliação global e subjetiva da própria vida" (ARCIERI, 2003, p.09, In QUAYLE e LUCIA, 2003).

Um estudo, propõe que qualidade de vida adequada seja aquela que envolva um estado de bem-estar profissional, físico, emocional e social (LIPP, 1997).

Considerando este contexto, o *stress* pode ser um dos maiores fatores de risco para a vida e para a qualidade do viver de todos. Assim, a pessoa e*stress*ada não se sente bem, não consegue produzir de acordo com seu potencial, não interage com as pessoas ao seu redor como gostaria, não ama com a liberdade necessária, não tem toda a motivação necessária para alcançar metas difíceis, corre um grande risco de adoecer e de morrer precocemente (LIPP e NOVAES, 2000).

Por ser este quadro muito comum na atualidade, o conceito de qualidade de vida tem sido um dos mais discutidos nos últimos anos em nível internacional, uma vez que muitos fatores contribuem para que a qualidade de vida seja prejudicada, como doenças físicas e mentais, pobreza, perdas, dificuldades interpessoais, afetivas, estruturas cognitivas rígidas e estereotipadas etc.

Contudo, uma análise sobre os fatores contribuintes para uma qualidade de vida inadequada, chama a atenção o fato de que todos estão relacionados a um outro fator que se torna, então, o elemento crítico envolvido: o *stress* (LIPP, 1997).

A ação contínua de estressores leva o organismo a esforços de adaptação que em muitos casos provocam vários tipos de doenças entre os quais comprometimento do sistema imunológico. Os níveis elevados de *stress* aumentam a suscetibilidade a doenças, suprimem o sistema imunológico, levando a um desequilíbrio emocional que acarreta maior predisposição a doenças (LIPP, 2001).

Dessa forma, se considera de grande utilidade o estudo do *stress* e da qualidade de vida, assim como se proceder a um levantamento dos prováveis recursos que estes indivíduos estariam utilizando a fim de melhor lidar com o *stress*.

Portanto, o *stress* afetando o funcionamento global do ser humano passa a se constituir em um dos maiores fatores negativos no que tange à qualidade de vida (KATZ, 1970; EVERLY, 1989; SPIELBERGER et al, 1991 *apud* LIPP, 1997, p.112). Isto é tão verdadeiro que os estudos já puderam verificar que algumas pessoas parecem ser menos vulneráveis ao *stress* e são capazes de suportar níveis altíssimos de tensão antes de apresentarem sintomas de *stress* excessivo, outras, no entanto, são mais sensíveis aos estressores e desenvolvem uma sintomatologia rapidamente.

Os progressos recentes na área de psiconeuroimunologia confirmam a capacidade do *stress* de diminuir a resistência do sistema imunológico a distúrbios viróticos, desde o resfriado comum e a herpes até a AIDS e o câncer, apontando para diferenças profundas apresentadas por pacientes que são portadores da mesma

enfermidade, mas que variam nas manifestações clínicas, em função da qualidade de vida desses indivíduos, que pode piorar ou melhorar em função da maneira como lidam com o *stress* relacionado ao adoecer (LIPP, 1997).

Um estudo realizado por Tanganelli em 1996, observou que os participantes, em fases de resistência e de exaustão do *stress,* eram os que apresentavam desempenhos de qualidade de vida mais prejudicados. Enquanto que os que se encontravam sem sintomatologia de *stress* apontavam melhores índices desta.

Assim embasando-se em todo contexto apresentado a respeito do *stress*, conclui-se que a situação-limite representada pelo adoecimento a partir do *stress* excessivo remete a importância de se pensar em formas de sua redução drástica e ampliação da qualidade de vida das pessoas, tendo em vista que cada vez mais pesquisas apresentam que os estressores psicossociais, se tornaram na atualidade os estressores preponderantes por exigir muito dos indivíduos.

2.5 Patofisiologia do *Stress*

O *stress* tem a função de manter a homeostase do corpo em face às exigências e desafios do meio. Para que esta condição ocorra, a dinâmica do organismo humano promove modulações através dos nervos motores, que constituem a parte denominada sistema nervoso autônomo, nas funções dos músculos lisos, das glândulas e do coração.

Contudo, as situações estressantes ou algum tipo de distúrbio psicológico ou fisiológico, fazem o sistema nervoso central desencadear um conjunto de modulações pelos nervos motores que causam reações, tais quais aquelas de preparação para fuga ou luta, popularmente conhecida por reação de defesa: olhos e bocas muito abertos, sobrancelhas elevadas, paralisia temporária dos membros, batimento cardíaco acelerado, respiração intensa, palidez da pele, pelos arrepiados, músculos trêmulos, pupilas dilatadas, entre outros, levando a um estado crônico de emergência que não pode ocorrer repetitivamente por diminuir os níveis de energia do corpo, por acelerar o envelhecimento neural e outros processos degenerativos naturais, tornando-se esta defesa do organismo um problema (SAPOLSKY, 1992).

Devido ao efeito degenerativo do estado crônico de *stress*, é fundamental se estudar a sua patofisiologia, que será abordada a partir de sua neurobiologia.

2.5.1 Neurobiologia do *Stress*

Do ponto de vista evolutivo, a ansiedade e o medo, assim como o *stress*, têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, que ocorrem em resposta aos perigos encontrados em seu meio ambiente. Quando um animal se depara com uma ameaça ao seu bem estar, à sua integridade física, ou até mesmo à sua sobrevivência, ele experimenta uma série de respostas comportamentais e neurovegetativas, que caracterizam a reação de medo (Figura 3).

Considera-se que diferentes estruturas cerebrais estejam envolvidas nas diferentes estratégias de defesa, dependendo do nível de ameaça percebido pelo indivíduo. Experiências com modelos animais evidenciam que, em situações potencialmente perigosas - situações novas ou situações semelhantes àquelas nas quais o indivíduo viveu um perigo real em um outro momento, as estruturas envolvidas seriam o sistema septo-hipocampal e a amígdala. Tais estruturas recebem informações colhidas pelos diferentes sistemas sensoriais, criando assim uma representação do mundo exterior. O sistema septo-hipocampal executaria inicialmente a função de conferidor, comparando a síntese dos dados sensoriais do momento, com as predições que levam em conta as memórias armazenadas em diversos locais do Sistema Nervoso

Central (SNC), bem como os planos de ação gerados pelo córtex pré-frontal. Quando há coerência entre as duas representações, o sistema septo-hipocampal continuaria a executar sua tarefa de conferidor. Entretanto, quando é detectada uma discrepância entre o esperado e o acontecido, o sistema septo-hipocampal passaria a funcionar na modalidade controle, gerando inibição do comportamento, aumento do nível de vigilância, dirigindo a atenção do indivíduo para possíveis fontes de perigo - comportamento de avaliação de risco.

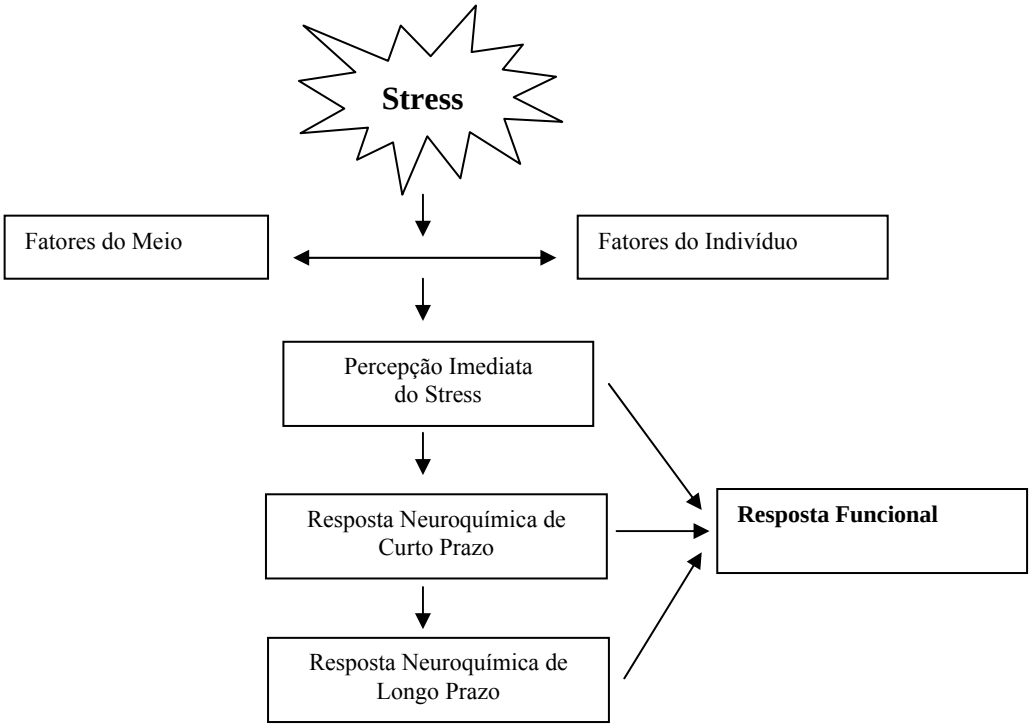


Figura 3 – Níveis de Resposta Biológicas do *Stress*
Fonte: MARGIS et al (2003)

Quando os sinais de perigo tornam-se explícitos, mas encontram-se ainda à longa distância, a reação típica é a de imobilidade tensa - congelamento ou inibição comportamental defensiva -, cujo substrato neural provavelmente seja a porção ventral da matéria cinzenta periaquedutal (MCP) do mesencéfalo (GRAEFF e BRANDÃO, 1999).

Embasado em experimentos com animais, considera-se que a MCP parece ser a principal estrutura responsável pela programação de luta e fuga, que guarda analogia com os ataques de pânico (RIBEIRO, 2004). Esta, juntamente com o hipotálamo, programa as manifestações comportamentais, hormonais e neurovegetativas das reações de defesa. Além disso, foi verificado que a estimulação da via serotoninérgica, que se origina no núcleo mediano da rafe e inerva preferencialmente o septo-hipocampo, determina inibição comportamental característica da defesa.

2.5.1.1 Neurotransmissores e *Stress*

Diferentes substâncias têm sido estudadas visando a compreender a neurofisiologia que envolve a ansiedade e o *stress*. Entre elas as aminas biogênicas, como a noradrenalina, a dopamina e a serotonina; aminoácidos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), a glicina e o glutamato; peptídeos, como o fator de liberação

de corticotropina (CRF), o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e a colecisticinina (CCK) e esteróides, tipo corticosterona (Figura 4).

No SNC, neurônios que sintetizam noradrenalina estão situados nas regiões bulbar e pontina, sendo que o grupo mais importante situa-se no locus ceruleus. As células do locus ceruleus, quando ativadas por estímulos estressantes, ameaçadores, produzem uma reação comportamental cardiovascular característica de medo. Acredita-se que o locus ceruleus funcione como um "sistema de alarme", ou seja, exerce a função de atenção, monitorando continuamente o ambiente e preparando o organismo para situações de emergência.(GRAEFF e BRANDÃO, 1999; KATZ, 1996).

De todos os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico e o *stress* pós-traumático são os que apresentam evidências mais contundentes de uma anormalidade do sistema noradrenérgico. A noradrenalina tem sido relacionada também com experiências intrusivas. O locus ceruleus inerva hipocampo, amigdala e neocortex temporal, que são algumas das estruturas neuroanatômicas envolvidas no processo associativo. Na resposta aguda ao *stress*, há um aumento importante de noradrenalina na fenda sináptica, resultando num aumento da resposta monosináptica evocada (KATZ, 1996).

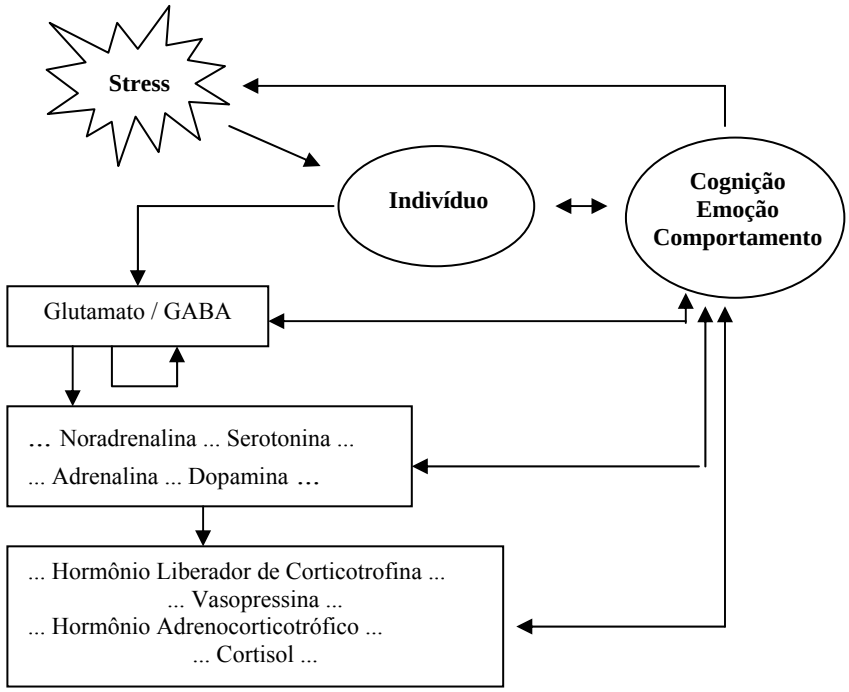


Figura 4 – Níveis de Resposta Biológicas do *Stress*
Fonte: MARGIS et al (2003)

Com relação a dopamina, o *stress* aumenta a liberação e o metabolismo deste neurotransmissor no córtex pré-frontal, uma área envolvida na produção de respostas ao *stress* (CHARNEY *et al*, 1993). O envolvimento da dopamina com estados de hipervigilância já está bem estabelecido. Sabe-se que a diminuição da função serotoninérgica pode resultar em aumento da função da dopamina, promovendo hipervigilância nas situações de *stress*.

Acredita-se atualmente que a serotonina exerça um duplo papel na regulação do comportamento de defesa. Os sinais de perigo estimulariam o sistema de defesa através da amígdala e, ao mesmo tempo, ativariam os neurônios serotoninérgicos do núcleo dorsal da rafe. Estes, por vias nervosas diferentes, inervam tanto a amígdala

quanto a MCP. A serotonina facilitaria as reações ativas de defesa na amígdala e as inibiria na MCP. As respostas mediadas pela serotonina teriam, portanto, um sentido adaptativo, já que para níveis de perigo potencial ou distal é conveniente que os comportamentos de luta e fuga sejam inibidos, possibilitando que o indivíduo adote estratégias mais adequadas, como exploração cautelosa e inibição comportamental (RIBEIRO, 2004). Poder-se-ia dizer, ainda, que a serotonina aumenta a ansiedade atuando na amígdala e contém o pânico agindo na MCP.

O GABA (acido gama-aminobutírico) é o principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central. No núcleo dorsal da rafe, exerce uma inibição tônica sobre os neurônios serotoninérgicos. Na MCP e folículos superiores, exerce um controle inibitório sobre o substrato neural do medo. No teto mesencefálico, controla aspectos motores relacionados ao comportamento de fuga (GRAEFF e BRANDÃO, 1999; KATZ, 1996).

Os receptores benzodiazepínicos (BZD) e o GABA estão presentes em toda parte no SNC, afetando diversos sistemas funcionais. Entretanto, os sistemas neuronais envolvidos na regulação da ansiedade, segundo evidências experimentais, são particularmente os núcleos lateral e baso-lateral da amígdala, os quais são ricos em receptores BZD. Estudos mostram também que o sistema GABA - BZD da amígdala regula não apenas a ansiedade, mas a memória emocional, já que a amígdala também é atribuída à ação amnésica dos compostos BZD (GRAEFF e BRANDÃO, 1999; KATZ, 1996).

Resumindo, nas situações em que o perigo está próximo, o indivíduo irá reagir com comportamentos vigorosos de luta ou fuga. Para tal, fazem-se necessárias alterações cardiovasculares, constituindo em elevação da pressão arterial, taquicardia, vasoconstrição na pele e nas vísceras e vasodilatação nos músculos estriados, bem como hiperventilação. O sistema neural responsável por tais manifestações comportamentais e neurovegetativas de defesa ativa seria a MCP dorsal e o hipotálamo medial. O hipotálamo, uma vez estimulado, libera o fator liberador de corticotrofina (CRF), vasopressina e outros neuropeptídeos reguladores. A liberação de CRF promove, entre outras, a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), o qual leva à liberação do cortisol pelas adrenais - eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (CHROUSOS e GOLD, 1992). Níveis de cortisol cronicamente elevados podem interferir na estrutura e função hipocampal, produzindo alterações de memória e cognição (VANITALLIE, 2002).

As situações de *stress* produzem, portanto, um aumento geral da ativação do organismo, a fim de que o indivíduo possa reagir. Inicialmente considerava-se que esta ativação fisiológica fosse genérica e indiferenciada para qualquer estressor. Entretanto, hoje se pensa que diferentes mecanismos neurais e endócrinos estão envolvidos na resposta ao *stress* e que podem ser ativados seletivamente. Labrador e cols. (1994) distinguem três eixos de atuação da resposta fisiológica ao *stress*:

• O eixo neural, o qual se ativa imediatamente, frente a uma situação de *stress*. Implica a ativação principalmente do sistema nervoso autônomo - feixe simpático e do sistema nervoso periférico. Seus efeitos são: aumento do ritmo cardíaco (SNA), aumento da pressão arterial (SNA), secura na boca (SNA), sudorese intensa (SNA), "nó" na garganta (SNA), formigamento dos membros (SNP), dilatação das pupilas (SNP) e dificuldade para respirar.

• O eixo neuroendócrino é mais lento em sua ativação e necessita de condições de *stress* mais duradouras. Seu disparo ativa a medula das supra-renais, provocando a secreção de catecolaminas - adrenalina e noradrenalina, o que ajuda a aumentar e manter a atividade adrenérgica somática, produzindo efeitos similares aos gerados pela

ativação simpática. É o eixo de luta e fuga, pois prepara o organismo para uma intensa atividade muscular, quando a pessoa percebe que pode fazer algo para controlar a situação - seja enfrentar ou fugir. Seus efeitos são: aumento da pressão arterial, do aporte sangüíneo para o cérebro, do ritmo cardíaco, da estimulação dos músculos estriados, de ácidos graxos, triglicerídeos e colesterol no sangue; secreção de opióides endógenos e diminuição do fluxo sangüíneo nos rins, no trato gastro-intestinal e na pele. Esta resposta aumenta o risco de hipertensão, de formação de trombos, de angina do peito, em pessoas propensas. Também aumenta o risco de risco de arritmias, elevando a possibilidade de morte súbita.

• O eixo endócrino caracteriza-se por disparo mais lento e por efeitos mais duradouros que os anteriores e necessita de que a situação de *stress* mantenha-se por mais tempo. Este eixo é disparado quando a pessoa não dispõe de estratégias de enfrentamento na situação de *stress*. Seus principais efeitos são: aumento da glicogênese, aumento da produção de corpos cetônicos, exacerbação de lesão gástrica, aumento da produção de uréia, aumento da liberação de ácidos graxos livres no sistema circulatório, aumento da suscetibilidade a processos ateroscleróticos, aumento da suscetibilidade à necrose miocárdica, supressão de mecanismos imunológicos, diminuição do apetite.

O substrato neural da reação de defesa foi determinado, sobretudo, por meio da estimulação elétrica subcortical. Estudos apontaram a amígdala, situada na profundidade do lobo temporal; o hipotálamo medial, no diencéfalo; e a matéria cinzenta periaquedutal do mesencéfalo; como principais responsáveis pela organização das repostas comportamentais e neurovegetativas que compõem a reação de defesa.

A ativação simpática compreende tanto o componente humoral, destacado por Cannon em 1914, como o nervoso, responsável por alterações no calibre das arteríolas, que desviam sangue das vísceras e da pele para o cérebro e os músculos esqueléticos, além de outras mudanças que dão sustentação fisiológica à demanda comportamental exigida pela luta ou fuga. Vias nervosas interligam tais estruturas, garantem seu funcionamento integrado, constituindo o chamado "sistema cerebral de defesa" (GRAEFF e BRANDÃO, 1999). A Figura 5 apresenta esquematicamente as reações fisiológicas ao *stress*.

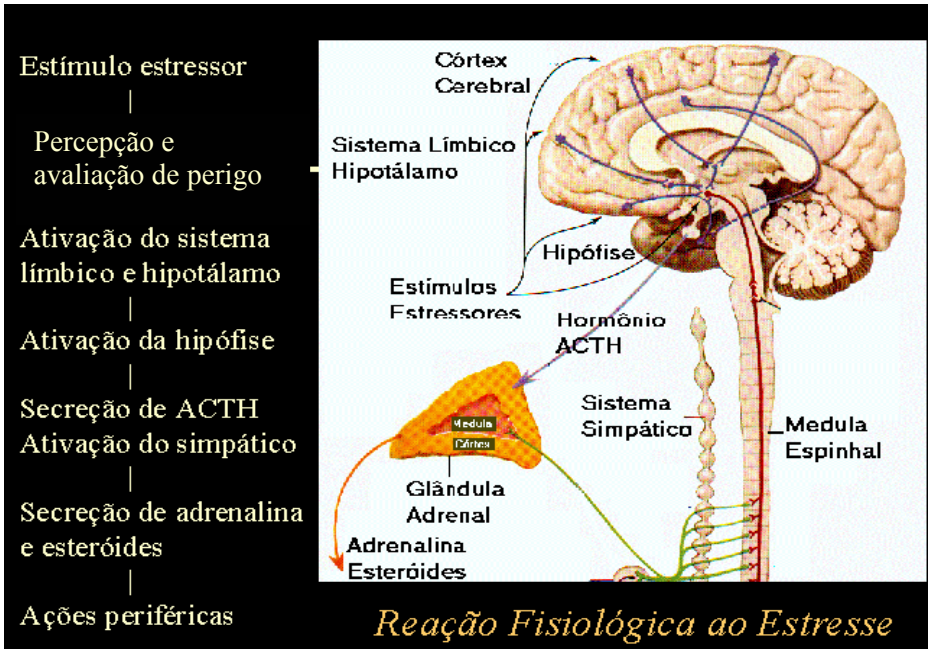


Figura 5 – Esquema da reação fisiológica do organismo humano ao *stress*
Fonte: SABBATINI, R., 1998.

O conceito de "síndrome geral de adaptação" (SGA), elaborado por Selye, tem como alteração mais visível, comum a vários tipos de agressão física a hipertrofia da camada cortical da glândula adrenal, que secreta na circulação sangüínea, os hormônios corticóides, classificados em mineralocorticóides e glicocorticóides. Os últimos aceleram o catabolismo, promovendo a utilização da energia armazenada no glicogênio hepático e nas gorduras, para reparação de danos sofridos pelo organismo (GRAEFF 2003a).

Embora Selye, tenha se concentrado principalmente estressores físicos, delineou o papel da glândula hipófise ou pituitária na estimulação do córtex adrenal, via hormônio adrenocorticotrópico (sigla inglesa, ACTH), abrindo caminho para o conceito do eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal (HPA) como eixo hormonal do *stress* (GRAEFF, 2003a).

O funcionamento do eixo HPA é modulado por estruturas límbicas, como amígdala e hipocampo, responsáveis pela elaboração das emoções, podendo falar em eixo límbico-hipotálamo-pitutária-adrenal ou LHPA. Em contraste com os estímulos que determinam a luta ou a fuga, as ameaças que acionam o eixo LHPA, como a punição inevitável e situações de conflito, produzem respostas de defesa passivas. Neste sentido, o conceito de "sistema de inibição comportamental", que Jeffrey A. Gray identifica com a ansiedade e cujo fulcro está no sistema septo-hipocampal, refere-se a esse tipo de estressores. Além disso, segundo a hipótese formulada por Deakin, a falência do sistema de resistência ao *stress* crônico inevitável resultaria em transtorno depressivo, sendo o hipocampo a estrutura crítica (DE LOOS, 2002 e GRAEFF e BRANDÃO, 1999).

2.5.1.2 Eixo Hipotalâmico-Pituitária-Adrenal (HPA)

Descarga hipotalâmica de fatores químicos obtém o controle da pituitária anterior, que é denominado de liberação ou inibição de fatores ou hormônios no sistema porta hipofisário, onde essas substâncias são achadas em concentração elevada tendo por referência o sistema circulatório geral. Um desses hormônios é um peptídeo de 41-aminoácidos chamado *cortincotropin-releasing factor* (CRF), que é um potente determinante na secreção, pela pituitária, do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), pelas glândulas adrenais. A fim de estabilizar a descarga dos fatores hipotalâmicos, um sistema de realimentação negativa opera baseado na concentração de hormônios no sistema porta hipofisário e também no sistema circulatório geral (MURRAY, 1998).

As glândulas adrenais são compostas de duas áreas com distintas propriedades e funções: a medula, que libera principalmente norepinefrina (NE), dopamina e epinefrina; e o córtex que secreta hormônios esteróides. Enquanto a primeira área é um gânglio simpático especializado para promover a reação de fuga ou luta, a segunda é essencial para o metabolismo humano por ser o regulador da liberação de esteróides (DE LOOS, 2002).

Os principais esteróides secretados pelo córtex das glândulas adrenais com significado na resposta ao *stress* são os glicocorticóides cortisol e cortisterona. Em nível metabólico, eles promovem a gliconeogênese e a lipólise e mantém a concentração de glicose no sangue, ajudando o corpo a enfrentar a hipoglicemia resultante da reação de fuga ou luta. Também mantém o tônus vascular e aumentam a capacidade de contração do miocárdio.

Tratando-se do mecanismo de secreção do glicocorticóide adrenal que é controlado por uma realimentação negativa, agente redutor da liberação de adrenocorticotrópico (ACTH) e *cortincotropin-releasing factor* (CRF) pelo sistema nervoso central (SNC) como uma redução da concentração plasmática desses

hormônios. O mecanismo pelo qual a realimentação é desempenhada não está claro, como não foram concluídos os estudos que mostram um efeito facilitatório (realimentação positiva) na resposta da glândula adrenal quando previamente estimulada por *stress* (DE LOOS, 2002).

. Esta complexa interação de fatores, hormônios e esteróides completam uma cascata de realimentações positivas e negativas, que tornam o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical um importante sistema de controle para o metabolismo do corpo, essencial para a vida, sob condições normais e estressantes.

2.5.1.3 Eixo Simpático-Adrenal

Há múltiplas evidências indicando que o eixo simpático-adrenal, ligado à reação de defesa, está hiperativado nos Transtornos de *Stress*, segundo Graeff (2003a, p.25), que exemplifica isto através da freqüência cardíaca mais elevada e sua variabilidade diminuída em pacientes com Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TEPT), avaliados muitos anos depois de iniciado o transtorno, indicando uma ativação do sistema simpático e redução do tonus vagal.

Num mesmo sentido, medidas psicofisiológicas mostraram, entre outras alterações, maior reatividade da condutância elétrica da pele e resposta ocular de sobressalto amplificada em presença de estímulos condicionados aversivos. Estímulos evocativos da situação traumática original são particularmente eficazes para produzirem estas alterações. Testemunhando a hiper-reatividade do sistema noradrenérgico central, o antagonista de receptores adrenérgicos do tipo α2, ioimbina, produziu maiores aumentos da pressão sangüínea e da freqüência cardíaca em pacientes com TEPT do que em controles sadios (SOUTHWICK et al, 1993 *apud*, GRAEFF, 2003a).

Como os receptores α2 inibem tonicamente os neurônios noradrenérgicos do *locus coeruleus*, amígdala e hipocampo, presumiu, Graeff, que os tais efeitos da ioimbina sejam mediados pelo sistema noradrenérgico central.

A hiperativação do sistema de defesa no TEPT pode ser mediada pelo hormônio liberador de corticotropina (sigla inglesa, CRH) extra-hipotalâmico. Embora o CRH sintetizado no núcleo paraventricular do hipotálamo e liberado no sistema porta hipofisário participe da cadeia hormonal do eixo HPA, há uma extensa rede de neurônios contendo CRH, onde ele funciona como neurotransmissor. Os corpos celulares destes neurônios e/ou seus terminais estão localizados em estruturas límbicas envolvidas com a ansiedade, como a amígdala, o *locus coeruleus* e a matéria cinzenta periaquedutal. A injeção do CRH no interior dos ventrículos cerebrais de animais de laboratório resulta em alterações comportamentais sugestivas de aumento da ansiedade e depressão, além de ativação simpático-adrenal. Isso levou à conclusão de que o CRH inicia respostas características do *stress*. "Estudos em pacientes de pânico mostraram níveis elevados de CRH no líquor céfalo-raquidiano, os quais refletem o funcionamento do sistema extrahipotalâmico" (BREMNER et al, 1997 *apud* GRAEFF, 2003a, p.25).

É interessante notar que a ativação dos neurônios extrahipotalâmicos que contêm CRH pode não ser concomitante à das células neurosecretoras do hipotálamo. Com efeito, estudos moleculares evidenciaram que a expressão dos genes do CRH no núcleo central da amígdala e no núcleo do leito da estria terminal estão dissociadas daquela do núcleo paraventricular. Isso poderia compatibilizar os achados de hiperativação simpático-adrenal com os de hipofunção do eixo HPA nos transtorno de *stress*.

Segundo Graeff (2003a), os pacientes com TEPT apresentam hiperativação simpático-adrenal associada a hipofunção do eixo HPA. Quanto mais reduzida à função desse último, maior o risco de apresentar o TEPT. Admite-se também que o cortisol tenha função de terminar a fase de alarme da reação de *stress*, caracterizada pela

ativação simpático-adrenal. Desse modo, a deficiência de cortisol, verificada no TEPT, faria com que os pacientes ficassem estagnados na fase da reação de defesa, podendo explicar a maioria dos seus sintomas.

Assim, a secreção de cortisol é controlada por uma alça de retroalimentação (*feedback*) negativa, que é ativada pela ação do cortisol circulante. Este atua sobre receptores de glicocorticóide situados no hipocampo, onde sua concentração é muito alta, bem como no hipotálamo e na hipófise, inibindo a secreção de ACTH. Nos pacientes de TEPT verifica-se uma hipersensibilidade desses receptores, atestada por uma resposta de supressão, aumentada à injeção de dexametasona. Cabe recordar que o inverso ocorre no transtorno depressivo maior, sendo que cerca de 60% dos pacientes apresentam resposta atenuada a dexametasona e muitos têm níveis aumentados de cortisol circulante (GRAEFF, 2003a).

2.5.1.4 Centro Cerebral Noradrenérgico

O fato de infusões de norepinefrina (NE) conduzirem a mudanças fisiológicas observadas no estado de fuga ou luta sem a produção do estado emocional correlato, indica que há um mecanismo central que leva a resposta ao *stress*. E um distinto grupo de neurônios localizados próximo da barreira do quarto ventrículo na ponte, chamado locus coeruleus (LC), é um ponto conveniente para buscar a etiologia da resposta ao *stress*, desde que se lesando ou estimulando-se esta região se produz muitos efeitos fisiológicos ou emocionais da reação fuga ou luta (REDMOND, 1979 *apud* GRAEFF, 2004).

Ainda sobre este núcleo, a porção azul escuro é o centro de norepinefrina (NE) do cérebro, contendo cerca de metade dos neurônios noradrenérgicos do sistema nervoso central (SNC), projetando-se para múltiplas áreas do cérebro. Apesar de algumas diferenças serem registradas entre os tipos de neurônios que o compõe, a aparência geral desses neurônios é constante, além de se observar em mamíferos estabilidade filogenética (FOOTE, 1983 *apud* GRAEFF, 2004).

O locus coeruleus (LC), é o mais onipresente de todos os sistemas de projeções neurais do sistema nervoso central (SNC), promovendo inervação para os níveis do neuroeixo. O neocórtex recebe axônios do locus coeruleus (LC) principalmente nas camadas V e VI, fazendo sinapses com as células piramidais e o núcleo geniculado lateral recebe projeções do locus coeruleus (LC) em ratos enquanto, em macacos a maior parte dos terminais do locus coeruleus (LC) se projetam para o tálamo. A inervação pelo locus coeruleus (LC) da amígdala vem através de terminais estriados e do sistema de feixe amigdalóide pedunculares-ventral. Também, o bulbo olfatório e o córtex piriforme têm terminais axonais contendo norepinefrina (NE) vindos do locus coeruleus (LC). Este último, por sua vez, é a única fonte de norepinefrina (NE) do hipocampo, onde o hilo e a área denteada são mais densamente inervadas, enquanto que em torno de metade dos terminais de norepinefrina (NE) no septo, vem do locus coeruleus (LC). Também, o hipotálamo, a medula espinhal e o cerebelo são alvos dos neurônios do locus coeruleus (LC) que contém norepinefrina (NE) (GRAEFF, 2004).

Entretanto, apesar do relativo conhecimento existente sobre os eferentes do locus coeruleus (LC), seus aferentes ainda são objeto de discussão. Estudos a respeito dos neuro-receptores indicam que múltiplos sistemas neurotransmissores agem neste núcleo ou em sua vizinhança, fazendo com que ele receba informações vindas de muitos lugares. A entrada principal para o locus coeruleus (LC) parece vir de dois núcleos da medula: o núcleo paragigantocellularis (PGi), projetor de axônios de neurônios contendo adrenalina, enkefalina e *cortincotropin-releasing factor* (CRF), e o núcleo

prepositus hypoglossi (PrH), com neurônios contendo GABA ou enkefalina (ASTON-JONES, 1986 *apud* GRAEFF, 2004).

Há também axônios do paragigantocellularis (PGi) contendo um aminoácido excitatório (EAA) que é potente em ativar os neurônios do locus coeruleus (LC), representando funcionalmente uma importante entrada para este núcleo Axônios vindos da amígdala, neocórtex, rafe dorsal, corno dorsal da espinha e a área ventral tegumentar parecem terminar na região pericerulear que, então, se projeta para o locus coeruleus (LC) (Aston-Jones, 1986 *apud* GRAEFF, 2004).

Experimentos imunohistoquímicos, mostraram que projeções contendo *cortincotropin-releasing factor* (CRF) vindas do pericerulear núcleo de Barrington (NB), terminam no locus coeruleus (LC), enquanto que os axônios contendo norepinefrina (NE) vindos do locus coeruleus (LC) fazem sinapses com este núcleo pontino. O circuito extremamente curto realimentado, estabelecido entre norepinefrina (NE) e *cortincotropin-releasing factor* (CRF) por essas projeções anatômicas através do locus coeruleus (LC) e do núcleo de Barrington (NB), não foi profundamente estudado mas tem importantes implicações na resposta ao *stress* (VALENTINO, 1992).

Os efeitos da norepinefrina (NE) nos terminais axonais do locus coeruleus (LC), podem ser de excitação ou de inibição dos núcleos eferentes, dependendo do núcleo em questão e de sua fisiologia. Contudo, a norepinefrina (NE) parece ter ação neuromodulatória, de acordo com Waterhouse (1980), mudando o efeito dos neurotransmissores, conforme Olpe (1985) ou facilitando tanto a ação inibitória como a excitatória (MOISES, 1981).

Depois de injetar norepinefrina (NE), a ação dos glutamatos é aumentada no hipocampo enquanto a substância P tem seus efeitos reduzidos nos neurônios corticais cingulados (JONES, 1984). No córtex somatosensorial, no córtex auditivo e no cerebelo, a norepinefrina (NE) diminui a atividade espontânea, mantendo o mesmo nível de resposta evocada, que é interpretada como uma subida na relação sinal/ruído, ou um aumento no estado de alerta. Muitos núcleos talâmicos, quando ativados por norepinefrina (NE), param os receptores sensoriais, mudando a disposição do sistema nervoso central (SNC). Estas ações da norepinefrina (NE) apontam para uma possível função do locus coeruleus (LC) no estado de atenção ou vigilância e conseqüentemente nos distúrbios associados a ele, presentes nos problemas do *stress* (McCORMICK, 1991 *apud* GRAEFF, 2004).

2.5.1.5 Papel do Locus Coeruleus (LC) no *Stress*

Anos de estudo sobre o locus coeruleus (LC) têm resultado numa extensa lista de suas possíveis funções, apesar dos esforços de pesquisa, o seu papel permanece não totalmente esclarecido. Já se sabe que ele é uma importante região do cérebro para a resposta ao *stress*. em gatos, um período de excitação neural seguido por silêncio é evocado por estímulos visuais, auditivos e somatosensoriais, enquanto que a exposição a ruído ou a confrontação com cachorros pode triplicar a atividade basal espontânea do locus coeruleus (LC) (RASMUSSEN, 1986 *apud STANFORD,*1993).

Jacobs (1991) também mostrou que o locus coeruleus (LC) é estimulado por *stress* térmico causado por injeção de um pirogênio e por *stress* hemodinâmico, gerado por drogas vasoativas. Muitos experimentos demonstraram que estímulos nocivos ativam os neurônios do locus coeruleus (LC) e que a atenuação da dor pode ser um resultado dessa ativação (HIRATA, 1994 *apud STANFORD,*1993).

O experimento em ratos e macacos e*stress*ados com distensão na bexiga, no estômago ou no cólon, segundo Elam (1986), se observou que o locus coeruleus (LC) se tornou ativo. Além do mais, alguns autores observaram, que a depressão crônica e a

demência alteram o comportamento e a morfologia do locus coeruleus (LC) e que em macacos, a estimulação elétrica desses núcleos pode produzir sintomas similares aos do medo e da ansiedade (REDMOND, 1979; CHAN-PALAY, 1989 *apud STANFORD,*1993).

O locus coeruleus (LC) também tem envolvimento em funções vegetativas de animais não e*stress*ados desde que a estimulação elétrica unilateral reduza o nível basal das secreções ácidas gástricas e lesões bilaterais produzam desordens urinárias e circulatórias (ELAM, 1986; OLPE, 1985 *apud STANFORD,*1993).

Indo mais além, Nakamura (1991) e Sakaguchi (1990), sugeriram que a descarga do locus coeruleus (LC) pode facilitar o aprendizado e a memória, e também que o espalhamento e a retração axonal resultam da ação neurotrófica e neurotóxica, dependente do tempo, da norepinefrina (NE) durante os eventos estressantes.

O estado de atenção e os ciclos de sono e vigília parecem estar associados ao locus coeruleus (LC), pois sua atividade se torna intensa no estado de alerta e de atenção e silencia-se no ciclo REM do sono (FOOTE, 1983 *apud* GRAEFF, 2004).

Muitos estudos têm revelado que a injeção de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) dentro do sistema nervoso central (SNC) produz respostas similares às da reação de fuga ou luta, em animais, bem como sintomas de ansiedade em humanos (VARGAS, 1993 *apud* STANFORD, 1993). Pacientes deprimidos e vítimas de suicídio apresentam distúrbios de hipersecreção de *cortincotropin-releasing factor* (CRF). Existe a forte evidência de que drogas antidepressivas agem funcionalmente ou farmacologicamente antagonizando o *cortincotropin-releasing factor* (CRF) no locus coeruleus (LC) (VALENTINO, 1990 *apud* GRAEFF, 2004).

O estudo anterior, de 1983, deste mesmo autor, sobre *stress* crônico e agudo mostra que ambos são capazes de aumentar o nível de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) seletivamente no locus coeruleus (LC) e também foi observado que a injeção de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) neste núcleo aumenta a taxa de descarga espontânea dos neurônios contendo norepinefrina (NE), reduzindo a relação sinal/ruído.

Aprofundando-se nesta questão, Valentino declara que a injeção de um antagonista químico de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) no locus coeruleus (LC) preveniu sua ativação em em face de desafios cardiovasculares, indicando que este tipo de *stress* é mediado por sinapses contendo *cortincotropin-releasing factor* (CRF). Estes resultados, de acordo com o estudo de 1983 deste autor, sugerem que *cortincotropin-releasing factor* (CRF) age como um neurotransmissor, podendo ser responsável pela integração dos sistemas endócrino e autônomo nos eventos estressantes. Além do que, fibras contendo *cortincotropin-releasing factor* (CRF) são achadas em muitas áreas do cérebro fora do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, indicando que este peptídeo pode ter outras funções além da regulação hormonal.

Contudo, apenas conclusões gerais podem ser estabelecidas a partir do exposto pois a conciliação de todos estes dados experimentais é uma tarefa difícil. Por causa da similitude com um gânglio simpático, ou seja, uma ativação global por estressores, projeções difusas e liberação de norepinefrina (NE), o locus coeruleus (LC) parece ser um gânglio simpático interno que trabalha suprimindo o metabolismo cerebral que não for importante em situações de emergência (JUSTICE, 1989 *apud* STANFORD, 1993).

Entretanto, a liberação de norepinefrina (NE) pelo locus coeruleus (LC) nesses eventos pode aumentar as propriedades de extração de características, como colocado por Waterhouse (1991), enquanto Robbins (1985) afirma que aumentam as propriedades de aprendizado, de memória e de atenção para os estímulos estressantes, incluindo a ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortincal.

Todavia, como mencionado anteriormente sobre a reação de fuga ou luta, a persistência das mudanças metabólicas para enfrentar os desafios, pode produzir conseqüências prejudiciais para o sistema nervoso central (SNC), tendo como um indesejável efeito à hipersecreção de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) e norepinefrina (NE) que pode contribuir para o desenvolvimento de desordens crônicas (VALENTINO 1990).

2.5.1.6 Regulação da Biossíntese da Norepinefrina (NE)

A biossíntese de norepinefrina (NE) inicia com a tirosina produzida pela introdução enzimática do grupo hidroxil no aminoácido fenilalanina. o aminoácido tirosina é, então, convertido para L-dihidroxifenilalanina (L-dopa) através da ação da enzima tirosina hidroxilase (TH), que está presente em tecidos especializados na síntese de catecolaminas (MOLINOFF, 1971 apud GRAEFF, 2004). Na realidade, Molinoff (1971), esclarece que a enzima tirosina hidroxilase (TH) é uma enzima limitadora (*rate-limiting*) desse processo, pois sua cinética é controlada pela realimentação negativa associada com a concentração de catecolaminas e tirosina derivadas na célula. O L-dopa é então convertido, pela ação da enzima dopa descarboxilase, para 3,4-diihidroxifeniletilamina (dopamina) que é, agora, convertido para norepinefrina (NE) através da enzima dopamina β-hidroxilase.

A exposição de organismos a muitas condições pode mudar a atividade e o nível de concentração de enzima tirosina hidroxilase (TH) no sistema nervoso periférico simpático e também no sistema nervoso central. O *stress* pode ser capaz de aumentar a eficiência enzimática da enzima tirosina hidroxilase (TH) (ZIGMOND, 1974 *apud STANFORD, 1993)*, e aumentar os níveis de mRNA no locus coeruleus (LC) através da elevação da atividade do sistema AMPc (MELIA, 1992 *apud* GRAEFF, 2004).

No estudo de Melia, o *stress* por choques nos pés e por ruído em ratos pode aumentar os níveis de mRNA da enzima tirosina hidroxilase (TH) no locus coeruleus (LC) e foi demonstrado que o antagonista *cortincotropin-releasing factor* (CRF) pode bloquear este aumento, sugerindo a participação deste neurotransmissor na indução de enzima tirosina hidroxilase (TH) sob condições de *stress*.

Já o *stress* por isolamento também induz a produção de enzima tirosina hidroxilase (TH) no locus coeruleus (LC), no mesencéfalo, no tegumento ventral e na substância negra de ratos. Zigmons (1979) e Black (1985) mostram que tratamento com reserpina, uma droga capaz de aumentar a taxa de disparo dos neurônios do locus coeruleus (LC), elevam o RNA que codifica a enzima tirosina hidroxilase (TH), indicando que a freqüência de disparo neuronal é um possível mecanismo de controle da biossíntese de norepinefrina (NE) (ÂNGULO, 1991 *apud* STANFORD, 1993).

Vachette (1993) afirma que outros fatores, como *stress* por hipotensão e exercício físico, também alteram o nível de enzima tirosina hidroxilase (TH), o que permite associar esta enzima com hipertensão e com o envelhecimento (TUMER, 1992).

O fato de que ratos tratados com drogas antidepressivas não mostrarem um aumento na atividade de enzima tirosina hidroxilase (TH) no locus coeruleus (LC) sob condições estressantes, sugere a possibilidade de que essas drogas operem através da *down-regulation* da expressão de enzima tirosina hidroxilase (TH). Os mecanismos pelos quais esta diminuição de enzima tirosina hidroxilase (TH) é obtida, ainda não estão claros, mas uma hipótese plausível é que a inibição dos neurônios do locus coeruleus (LC) poderia reduzir a necessidade de norepinefrina (NE), e conseqüentemente, da enzima tirosina hidroxilase (TH) (NESTLER, 1990 *apud* GRAEFF, 2004),.

Outra forma pela qual a *down-regulation* de enzima tirosina hidroxilase (TH) pode ser realizada é através da ação de drogas antidepressivas no sistema AMPc, reduzindo a fosforilação de proteína e indiretamente a síntese de enzima tirosina hidroxilase (TH) (DUMAN, 1990 *apud* STANFORD, 1993). Entretanto, muitos autores têm observado que o aumento de enzima tirosina hidroxilase (TH) pode ser devido a dois mecanismos que ocorrem em diferentes escalas de tempo: primeiramente, conforme Waumire (1988) e Zigmond (1989) *apud* Graeff (2004), a atividade de enzima tirosina hidroxilase (TH) é aumentada, por rápidos processos de fosforilação que mudam seu limite de covalência; segundo, a produção de enzima tirosina hidroxilase (TH) é aumentada, em uma longa escala de tempo, através da regulação da transcrição do gene de enzima tirosina hidroxilase (TH) pelo sistema AMPc (LEWIS, 1987 *apud* GRAEFF, 2004).

Outro detalhe importante da questão da regulação da norepinefrina (NE) no sistema nervoso central (SNC), é que o locus coeruleus (LC) se projeta para muitas regiões do cérebro a variadas distâncias. Como, no locus coeruleus (LC), a tirosina hidroxilase (TH) é produzida no soma da célula e depois transportada para o terminal axonal, onde norepinefrina (NE) é sintetizada, o efeito da mudança no metabolismo de enzima tirosina hidroxilase (TH) vai ser sentido nas regiões que recebem suas projeções com um relativo atraso (BLACK, 1987 *apud* STANFORD, 1993*)*.

Conseqüentemente, o mesmo comportamento do locus coeruleus (LC) pode produzir diferentes efeitos em diferentes regiões, dependendo da distância a partir do locus coeruleus (LC), bem como da velocidade de transporte de enzima tirosina hidroxilase (TH), em específicas projeções (BLACK, 1975; THOENEN, 1970).

Em suma, o *cortincotropin-releasing factor* (CRF) e a norepinefrina (NE) são importantes na resposta ao *stress* e os efeitos de sua desregulação. Os resultados apresentados sugerem uma relação funcional entre a ação dessas duas substâncias, não como neurohormônios ou neuromoduladores, mas como neurotransmissores no sistema nervoso central (SNC). De fato, a presença de células e fibras contendo *cortincotropin-releasing factor* (CRF) em muitas áreas e também a identificação de sítios de ligação de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) no sistema nervoso central (SNC) são um forte indicador que esta substância química age fora do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical (VALENTINO, 1992 *apud* GRAEFF, 2004).

Confirmando um papel de neurotransmissor, a administração central de *cortincotropin-releasing factor* (CRF) em animais hipofisectomizados, produz efeitos similares àqueles da resposta ao *stress*, como o aumento da freqüência de disparo do locus coeruleus (LC) (MELIA, 1991; VALENTINO, 1983). Também, a injeção local do antagonista *cortincotropin-releasing factor* (CRF) evita o aumento da taxa de disparo espontâneo em *stress* hemodinâmico, segundo Valentino (1991a), por choque no pé (SWIERGIEL, 1992) e por *stress* devido a ruído (Melia, 1991), indicando que a neurotransmissão mediada por *cortincotropin-releasing factor* (CRF) é necessária para a resposta ao *stress* nestes casos.

Embora alguns critérios para confirmar a neurotransmissão mediada por *cortincotropin-releasing factor* (CRF), de acordo com Diogo (1995), devam ainda ser satisfeitos, com base nas evidências citadas, já se assume que de fato este peptídeo seja um neurotransmissor, pelo menos nas regiões do cérebro em questão.

Em conformidade com a patofisiologia do *stress* apresentada e numa tentativa de sintetizar a reação orgânica ao estressor em contato com o indivíduo, apresenta-se a figura 6 que ilustra o Ciclo de Reação ao *Stress*.

Neste ciclo o estável equilíbrio psico-fisiológico pode ser conduzido ao extremo, se desregulando e se desordenando, caso seja exigido além dos seus limites de resposta

e de adaptação. O conjunto psico-fisiológicos em equilíbrio, geralmente chamado de saúde, pode ser arruinado por toda uma vida impregnada de padrões de comportamentos enraizados que compõem e exacerbam as pressões do cotidiano enfrentadas continuamente pelo indivíduo. Para suportar esta situação, o organismo dispõe de um conjunto de reações, denominadas de alarme de reatividade de luta ou fuga que irá ser modulado pelo grau de exigência e intensidade dos eventos estressores vivenciados por esta pessoa, deflagrando ao longo do tempo, em reações automáticas aos estressores enfrentados, determinando em larga escala o quanto de *stress* será vivenciado.

Quanto maior for a exposição ao eventos estressantes, mais enraizada se tornam as reações automáticas, chegando ao ponto de serem ativadas inconscientemente, exacerbando o *stress,* principalmente por geralmente serem acionadas de modo combinado entre si, sendo capazes de transformar o que poderia ter permanecido como um problema simples, em algo muito pior. Estas reações automáticas impedem a pessoa de observar claramente a situação, de resolver as dificuldades de modo criativo, de expressar suas emoções de forma eficiente quando necessitam se comunicar com outras pessoas, e normalmente, estas reações impedem os indivíduos de alcançarem tranqüilidade mental. Quando esta situação torna-se habitual, as pessoas passam a reagir de forma automática a cada circunstância do seu cotidiano, e*stress*ando ainda mais seu equilíbrio interno, o que ao longo do tempo, pode resultar num aumentando do risco de colapsos do organismo, favorecendo o desenvolvimento de graves enfermidades (fig. 6).

O indivíduo estressado deve ser, neste momento, considerado a pessoa descrita ao centro da figura 6 que se refere ao Ciclo de Reação ao *Stress*. Neste ciclo, os estressores externos, representados por pequenas setas sobre o indivíduo na figura, representam todas as forças estressoras externas, como as biológicas, as físicas, as sociais, as econômicas e as políticas, que podem interferir no cotidiano do indivíduo e assim produzir mudanças em seu corpo, em sua vida e em seu nível social, o afetando.

Além destas forças estressoras externas, dentro da mente da pessoa há a produção de outros conjuntos repletos de estressores, denominados estressores internos, que também interferem nas reações orgânicas. Este segundo conjunto estressante, não apenas altera a resposta para a situação vivenciada como ainda, produz aspectos tensores e os associa a realidade percebida pelo indivíduo, agravando o quadro observado. Na figura 6, estes estressores são classificados como Eventos Estressores Internos, representado por pequenas setas dentro da caixa. Como pode ser visto, até os pensamentos e sentimentos podem agir como importantes estressores, se exigirem demais ou excederem a habilidade de respostas efetivas do indivíduo. Isto é verdadeiro até mesmo se o pensamento ou sentimento não tinha correspondência com a 'realidade'.

Alguns estressores afetam as pessoas durante longos períodos de tempo, são chamamos de estressores crônicos. Por exemplo, cuidar de um membro da família que está incapaz é uma forma de *stress* crônico. Outros estressores vem e vão, em curtos espaços de tempo, sendo denominados de estressores agudos, são do tipo: prazos de encerramento, período de avaliação, ente outros.

Alguns estressores são bastante previsíveis, outros são menos como os acidentes ou outras situações que surgem inesperadamente e que o indivíduo tem que enfrentá-las.

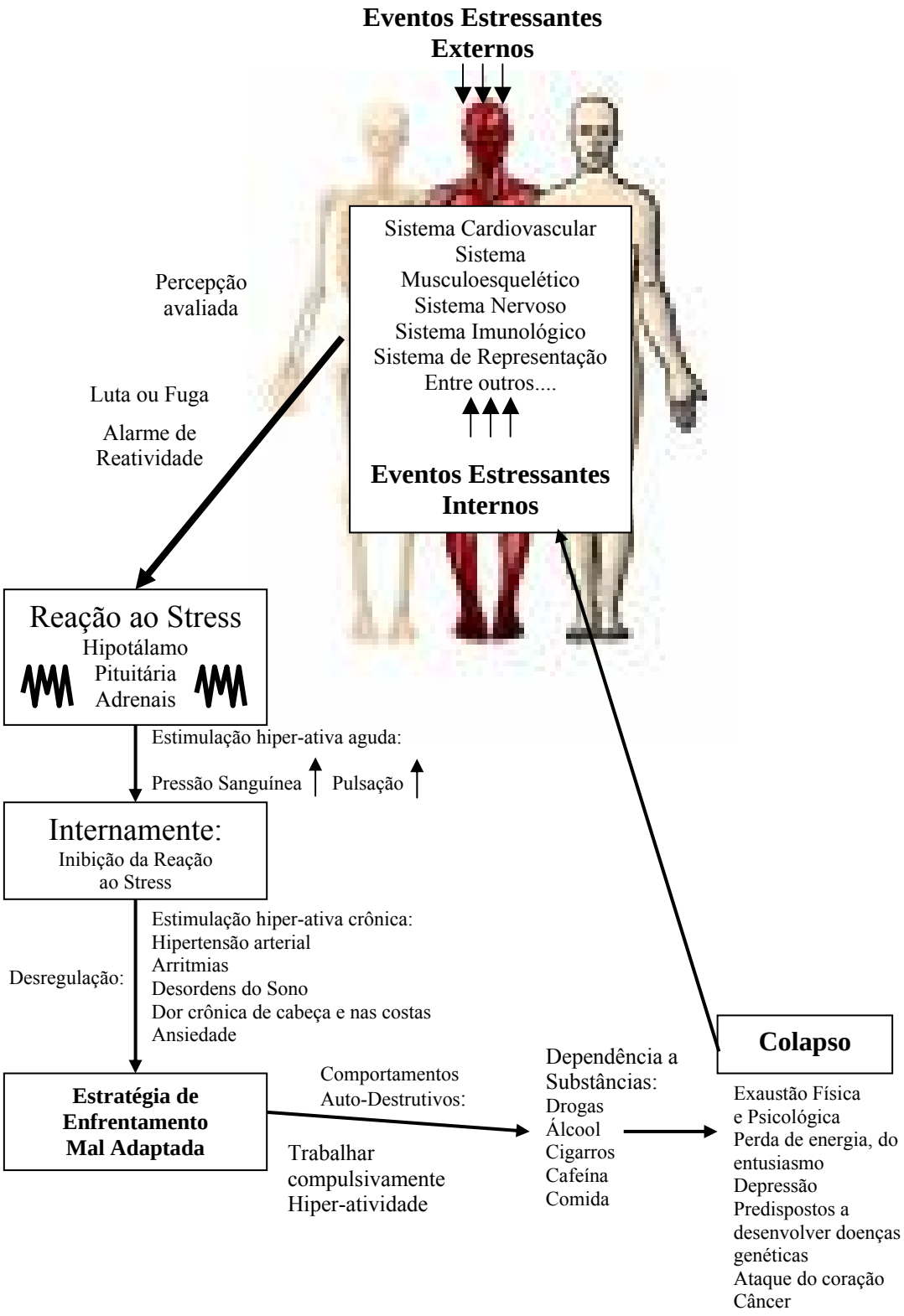


Figura 6: Ciclo de Reação ao *Stress*
Fonte: KABAT-ZINN, J. Full Catastrophe Living (1991, p. 249)

Na Figura 6, as pequenas setas representam todos estes estressores, tanto os internos quanto os externos, sendo agudos ou crônicos, à medida que eles estão presentes em qualquer momento da vida. A imagem da pessoa representa todos aspectos de seu ser, a totalidade de seu organismo – corpo e mente. Isto inclui todos os sistemas

de seu organismo, dos quais apenas alguns são mencionados, o sistema cardiovascular, o sistema muscular-esquelético, o sistema nervoso, o sistema imunológico, o sistema digestivo tanto quanto, o sentido psicológico de si mesmo como um ser humano, incluindo suas percepções, crenças, pensamentos e sentimentos.

Quando se está e*stress*ado, no momento em que sua mente identifica uma ameaça ao seu bem-estar, seja algo que desequilibra seus aspectos físicos ou a sua auto-estima, geralmente se reage de um modo específico. Se esta é uma ameaça passiva ou que parece ser neutra ao ser reavaliada não provocará nenhuma reação ou a reação será mínima. Mas se o estressor é bastante modificado pelo emocional do indivíduo, ou se for considerado ameaçador, então a pessoa, normalmente, passa por algum tipo de reação automática de alarme para luta ou fuga.

A reação de alarme é o modo do corpo humano de justificar os protocolos de ações defensivas ou agressivas. Podendo ajudar na situação ameaçadora por proteger a si mesmo e por manter ou recuperar o controle. O sistema nervoso é, progressivamente, condicionado pelo desempenho ao modelo de reação de alarme em certas circunstâncias. A reação de alarme que pode ser chamada de o poder total de todos os recursos internos para situações mortais.

Sendo assim, quando a percepção avaliada do evento estressante o qualificar como ameaçador, será automaticamente acionado o alarme de reatividade de luta ou fuga que imediatamente informa o sistema nervoso central sobre o que está acontecendo, iniciando o que fora denominado na figura 6 de Reação ao *Stress*. Nesta reação, o sistema nervoso central através do Eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal (HPA) associado ao Eixo Simpático-Adrenal produz uma estimulação hiper-ativa aguda que prepara o organismo para o enfrentamento do evento estressor.

Esta estimulação hiper-ativa aguda após o confronto com o evento estressor gera internamente uma cadeia de inibição da Reação ao *Stress*, que desfaz a programação orgânica anterior, permitindo ao organismo se recompor do desgaste requerido pelo evento estressante, apresentada na figura 6. Contudo, quando o evento estressor persiste, a inibição interna a reação ao *stress* não ocorre, transformando a estimulação hiper-ativa aguda em estimulação hiper-ativa crônica, desregulando todo o organismo, conforme a desregulamentação apresentada na figura 6.

Esta sobrecarga do organismo causada pela desregulação deste provocada por um evento estressor constante, ainda proporciona a delimitação de estratégias de enfrentamento ao evento estressor mal adaptadas, como as apresentadas pelos comportamentos auto-destrutivos da figura 6. Estes comportamentos conduzirão o indivíduo a exaustão física e/ou psicológica caracterizando o colapso que permitirá a esta pessoa uma nova reorganização de seu cotidiano e assim, da quantidade e qualidade dos eventos estressantes que irá se expor, podendo então favorecer um ritmo de vida mais brando. Contudo, este Ciclo de Reação ao *Stress* pode ser interrompido a qualquer momento, principalmente porque o organismo sinaliza o desgaste sofrido a fim de poder mostrar que o ritmo de vida da pessoa precisa ser alterado de modo a favorecer processos de adaptação menos desgastantes e nocivos a todo o organismo, ou seja, a mente e ao corpo.

2.5.2 Psicodinâmica do *Stress*

Sentimentos e emoções constituem a psicodinâmica da mente humana. Portanto para compreender os aspectos psicológicos, determinantes na reação de *stress*, será examinado a psicodinâmica do *stress* nas suas diferentes abordagens teóricas.

2.5.2.1 Abordagem Psicanalítica

A teoria psicanalítica teve seus fundamentos construídos por Sigmund Freud (1926), ficando este conhecido pela ênfase na sexualidade e na inconsciência. Ele descreveu a psicologia em termos do conflito entre a energia sexual (libido) e a social, no qual há a proibição da expressão do desejo sexual. O conflito é definido em três partes do modelo da personalidade, o "id", o "ego" e o "superego". O id representa a parte irracional da força da libido e está no lado obscuro (secreto) da consciência. O superego, por contraste, representa a consciência humana, a internalização de regras e valores passados durante o processo de socialização. Essas duas forças estão em freqüente conflito. O lado pessoal com os seus desejos mais íntimos, entra em conflito com o superego que quer o sacrifício dos sentimentos em benefício do lado social. Em benefício do que Freud chamou de "civilização", o ego vem como "mediador" dessas forças conflitantes. Assim, a tarefa do ego é equilibrar as demandas do id contra as do superego (FREUD, 1986).

Quando esse equilíbrio não se realiza satisfatoriamente, pode resultar em *stress*. Se o id é dominante, o acontecimento irracional e as ações pessoais podem conduzir para uma considerável censura social, sanções (autorização) e assim por diante. Quando o superego é dominante, uma culpa considerável e auto-repressão podem solapar a confiança e promover ansiedade.

Em termos psicanalíticos, o *stress* gerenciado pode ser visto como um processo de realização do equilíbrio saudável entre o id e o superego. Parte da realização desse equilíbrio se faz com o uso dos mecanismos de defesa, processos pelos quais as ameaças externas para o ego podem ser evitadas. Esses mecanismos podem ser positivos e construtivos, como, por exemplo, quando a energia sexual é "sublimada" ou substituída por uma forma socialmente aceitável como o esporte, o trabalho ou *hobbies*. Eles podem ser negativos ou destrutivos como, por exemplo, quando a negação é usada para fingir que a ameaça ou o problema não existe (LIPP, 2005b).

A principal crítica à teoria psicanalítica é a discussão da validade científica, uma vez que o fato de esta teoria não ser facilmente testável dificulta a pesquisa e o desenvolvimento dos estudos do *stress* no sentido da *práxis*.

2.5.2.2 Abordagem Behaviorista

A abordagem behaviorista é baseada na teoria da aprendizagem. Segundo essa teoria, todo o comportamento pode ser aprendido pelo condicionamento e reforço pelo processo de aprendizado no qual os comportamentos produzem uma resposta positiva ou não. Um dos maiores proponentes do behaviorismo é B. F. Skinner (1983). Ele defendeu a idéia de que o comportamento é um condicionamento "operante". O maior fundamento de seu modelo é que um evento antecedente produz um comportamento o qual tem conseqüências. De acordo com esse modelo, esse processo leva cada ser humano a controlar a ligação ou contingência, entre suas ações e resultados, na medida em que produz maior número de conseqüências positivas possíveis.

Quando os padrões de comportamento são apropriados para a situação, os humanos serão capazes de lidar com as pressões que aparecem. Entretanto, se estes aprenderam padrões de comportamento que não são apropriados para as situações que têm de enfrentar, então o resultado é o *stress*. Desta forma, a administração do *stress* é vista como um processo de novos aprendizados de maior número de comportamentos apropriados que levem as ações humanas a resultados positivos, mais do que as conseqüências negativas (LIPP, 2005b).

2.5.2.3 Abordagem Humanista

A base conceitual da psicologia humanística é a de que as pessoas são fundamentalmente "boas", ou seja, a referência para se relacionar com as outras pessoas e para com o mundo é primariamente positiva. A maldade ou os atos destrutivos são vistos como distorção, repressão ou frustração dessa base positiva. Por exemplo, pessoas que têm pouca ou nenhuma auto-estima e que não se valorizam, provavelmente não saberão valorizar os outros. Conseqüentemente, o objetivo da psicologia humanística envolve a compreensão e remoção dessas barreiras, desaparecendo a distorção, acreditam os humanistas, a bondade subjacente e natural emerge. Os autores mais conhecidos desta abordagem são Abraham Maslow (1954) e Carl Rogers (1966), que deram ênfase ao crescimento pessoal e à auto-realização.

As necessidades de crescimento pessoal e de auto-realização são questões que são relevantes porque podem se tornar fontes de frustração e as pessoas experimentarem os sintomas do *stress* em razão disso (LIPP, 2005b).

Os fatores como pobreza, condições inadequadas de moradia e más condições físicas, no sentido nutricional, podem agir como barreiras significativas para o crescimento pessoal igualmente. Assim, as pessoas podem sentir estressores duplos: uma fonte de pressão interna em busca da auto-realização e os obstáculos materiais e sociais.

Em termos humanísticos, portanto, o *stress* deriva da frustração do potencial humano e assim o *stress* pode ser administrado através da identificação e remoção dos obstáculos que impedem o alcance dos propósitos e o empenho em busca do auto-respeito (LIPP, 2005b)..

2.5.2.4 Abordagem Existencialista

A abordagem existencialista é bastante similar à abordagem humanista. Como esta, a existencialista enfatiza a importância aos significados, valores e intenções na vida e o reconhecimento da existência como um esforço em direção a eles.

Entretanto, há algumas diferenças importantes entre ambas: o existencialismo não vê as pessoas como basicamente "boas". Como elas agem depende da natureza subjacente ou da essência de cada ser, e depende sobretudo das suas escolhas de vida. Embora a abordagem humanística leve em conta os aspectos sociais, ela focaliza basicamente o nível individual. O existencialismo, por contraste, enfatiza o contexto sócio-político (LIPP, 2005b).

O existencialismo, portanto, compartilha com o humanismo a noção da busca de significados e das intenções como fatores importantes relacionados com a pressão e o *stress*. Entretanto, o existencialismo tem como fator importante para a administração do *stress* a busca da existência autêntica como um meio de ajudar as pessoas. A autenticidade auxiliaria a colocar limites na carga das responsabilidades pessoais utilizadas nas ações e realizações contribuindo para que as pessoas disponham de certa segurança. Os seus principais representantes são J.P. Sartre (1974) e R. May (1983) (LIPP, 2005b).

2.5.2.5 Abordagem Social-Cognitiva

Um dos mais conhecidos teóricos da abordagem do aprendizado social é Bandura (1977). Este defende que um indivíduo pode aprender um número significativo de respostas pelo modelo de comportamento de outras pessoas. Podem, então, aprender a relacionar, por observação, as situações de *stress* e como as outras pessoas lidam com a situação. Realmente, esta é uma das maiores implicações da abordagem social para o

stress: aprender a lidar com as pressões, de forma estratégica, interagindo com o meio social (LIPP, 2005b).

Atualmente os teóricos do aprendizado social, embora enfatizem a importância do ambiente acrescentam o papel da cognição, o processo psicológico de receber e fazer uso da informação. Assim, os aspectos individuais e os ambientais interagem e são vistos como personagens fundamentais no desenvolvimento da personalidade.

Além disso, a idéia da distinção entre o *stress* psicológico e o *stress* fisiológico, como em Chanlat (1985) e Lipp (1995) é fundamental para a compreensão do papel de mediador do processo cognitivo no desencadeamento da reação de *stress*. Para Chanlat (1985, p.121) a principal distinção entre o *stress* psicológico e o *stress* fisiológico é que enquanto o primeiro depende da maneira como a pessoa interpreta ou aprende, conscientemente ou não, o significado do acontecimento negativo, assustador, ou ainda de um desafio, a reação do segundo depende das condições e das implicações dos acontecimentos que irão determinar o grau de gravidade do *stress* fisiológico.

O papel mediador do processo cognitivo é visto por McGrath (1970) através da percepção que a pessoa pode ter sobre uma determinada demanda. Uma exigência ambiental pode produzir *stress* psicológico somente se o organismo antecipa que não será capaz de lidar com essa exigência, adequadamente ou mesmo colocando em risco outros objetivos. Assim, o *stress* existe como um desequilíbrio entre a demanda percebida e a capacidade para responder a essa demanda.

Lazarus (1966, 1984) um dos principais representantes da abordagem cognitiva, da mesma forma, defende que a maneira que uma pessoa pensa, sente ou age é resultado da interação entre a situação na qual ela se encontra e suas características pessoais. O *stress* psicológico é, então, o produto de uma transação entre a pessoa e o seu ambiente, podendo ser esse produto trabalhado. Neste sentido, muitos profissionais da saúde pesquisam diferentes formas de lidar com o *stress*.

2.6 Diagnóstico do *Stress* – Discussão DSM-IV

O *stress* é provocado por sintomas cognitivos, comportamentais, sociais, fisiológicos e emocionais, que têm em sua base um componente determinante associado à ansiedade, o diagnóstico do *stress* está diretamente associado ao diagnóstico de ansiedade. Portanto, nesta proposta de pesquisa adotou-se como diagnóstico ao *stress*, o critério diagnóstico de ansiedade e de Transtorno de Ajustamento, oferecidos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR - que é um manual diagnóstico e estatístico, publicado pela *American an Psychiatric Associating* – APA, correlacionado a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Trata-se de um sistema classificatório multiaxial - publicado nos anos 90 e organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, com seus devidos códigos numéricos específicos distribuídos por cinco grandes eixos, que são: Eixo I - descreve os transtornos clínicos propriamente ditos; Eixo II - descreve o retardo mental. e transtornos de personalidade, que foram reunidos em três grandes agrupamentos. No grupo A, estão os indivíduos com traços estranhos ou bizarros, no grupo B, os indivíduos com traços dramáticos e instáveis e, finalmente, os inseguros e ansiosos no grupo C; Eixo III - descreve as condições médicas gerais; Eixo IV - trata dos problemas psicossociais e ambientais, associados com o transtorno mental em questão; e Eixo V - constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF), que recebe uma numeração.

Segundo o DSM-IV-TR a ansiedade é classificada em duas categorias distintas, a 300.02, denominada de Transtorno de Ansiedade Generaliza e 300.00 chamada de Transtorno de Ansiedade sem Outra Especificação.

2.6.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada (300.02)

Diversas características diferenciam o Transtorno de Ansiedade Generalizada da ansiedade não-patológica, que tem seus critérios para disgnóstico apresentados no quadro 9. Em primeiro lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são difíceis de controlar e tipicamente interferem de modo significativo no funcionamento, enquanto as preocupações da vida cotidiana são percebidas como mais controláveis e podem ser adiadas até mais tarde.

Em segundo lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são mais invasivas, pronunciadas, aflitivas e duradouras e freqüentemente ocorrem sem desencadeantes. Quanto mais numerosas forem as circunstâncias de vida com as quais a pessoa se preocupa excessivamente (finanças, segurança dos filhos, desempenho no emprego, reparos no automóvel), mais provável é o diagnóstico. Em terceiro lugar, as preocupações cotidianas estão muito menos propensas a serem acompanhadas de sintomas físicos (por ex., fadiga excessiva, inquietação, sensação de "nervos à flor da pele", irritabilidade), embora isto seja menos verdadeiro para crianças.

Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada

Critérios Diagnósticos para 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada
A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças. (1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele (2) fatigabilidade (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente (4) irritabilidade (5) tensão muscular (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)
D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por ex., a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de *Stress* Pós-Traumático.
E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

Fonte: APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000, p. 476)

2.6.2 Transtorno de Ansiedade sem Outra Especificação (300.00)

Esta categoria engloba transtornos com ansiedade proeminente ou esquiva fóbica que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno de Ansiedade específico, Transtorno de Ajustamento com Ansiedade ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão (APA, 2000, p. 484), tais como:

1. Transtorno ansioso-depressivo misto: sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão, porém não são satisfeitos os critérios para um Transtorno do Humor ou um Transtorno de Ansiedade Específico (APA, 2000, ver p. 681-682, para critérios sugeridos para pesquisas).
2. Sintomas de fobia social clinicamente significativos relacionados ao impacto social de ter uma condição médica geral ou um transtorno mental (doença de Parkinson, condições dermatológicas, Tartamudez, Anorexia Nervosa, Transtorno Dismórfico Corporal).
3. Situações nas quais os distúrbios são severos o bastante para justificar um diagnóstico de um Transtorno de Ansiedade mas reprova o relato individual a respeito dos sintomas para o critério total de algumas especificidades do Transtorno de Ansiedade reunidas; por exemplo, alguém relata todas as características do Transtorno de Pânico sem Agorafobia.
4. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de um Transtorno de Ansiedade, mas é incapaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por substância.

2.6.3 Transtorno de Ajustamento (309.0)

Para APA (2000), os Transtornos de Ajustamento, explicitado no quadro 10, aparentemente são comuns, embora as estatísticas epidemiológicas variem amplamente, em função da população estudada e dos métodos de avaliação utilizados.

Quadro 3 - Critérios Diagnósticos para Transtornos de Ajustamento

Critérios Diagnósticos para 309.00 - Transtornos de Ajustamento
A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores).
B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos: (1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor (2) prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional (acadêmico)
C. A perturbação relacionada ao *stress* não satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I, nem é meramente uma exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II.
D. Os sintomas não representam Luto.
E. Cessado o estressor (ou suas conseqüências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses.
Especificar: agudo, a perturbação dura menos de 6 meses ou crônico, se a perturbação dura 6 meses ou mais.
Os Transtornos de Ajustamento são codificados com base no subtipo, que é selecionado de acordo com os sintomas predominantes. O estressor específico (ou estressores) pode ser especificado no Eixo IV. 309.0 Com Humor Depressivo 309.24 Com Ansiedade 309.28 Misto de Ansiedade e Depressão 309.3 Com Perturbação da Conduta 309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta 309.9 Inespecífico

Fonte: APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2000, p. 683)

A porcentagem de indivíduos em tratamento ambulatorial de saúde mental com um diagnóstico principal de Transtorno de Ajustamento varia de aproximadamente 5 a 20%. Os indivíduos mais desfavorecidos em suas circunstâncias de vida experimentam uma alta taxa de estressores, podendo estar em maior risco para o transtorno. O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento exige a presença de um estressor identificável, contrastando com as apresentações atípicas ou subliminares que seriam diagnosticadas como um Transtorno Sem Outra Especificação.

Tendo sido apresentado a classificação para diagnose do *stress*, passa-se a discussão para os instrumentos utilizados para realização deste diagnóstico que, entre outros recursos clínicos, são as escalas diagnósticas.

2.6.4 Escalas Diagnósticas

O *stress*, quando derivado da percepção do indivíduo do seu ambiente social, é chamado por alguns autores de *stress* psicossocial (Appley e Trumbull, 1988 *apud* Savoia, 1995). Uma das maneiras de estudá-lo tem sido pela forma de eventos vitais, que são mudanças relativamente inesperadas no ambiente social do indivíduo. Pode-se imaginar que a falta de mudanças seja igualmente estressante, devendo-se enfatizar que eventos vitais é apenas, uma amostra dos estressores que os seres humanos enfrentam. Entretanto, é restringindo-o a uma amostra que os pesquisadores podem investigar se o *stress* psicossocial é um importante fator contribuinte dos distúrbios emocionais.

Com a finalidade de realizar um julgamento clínico de pessoas com *stress* excessivo, ou seja, na fase de exaustão do *stress*, é necessário executar uma avaliação comportamental e clínica. Estudos sobre este tipo de avaliação têm sido desenvolvidos na área da psicologia comportamental e têm apresentado como instrumentos facilitadores da diagnose as escalas de mensuração da saúde, que obtém a informação do indivíduo através de comunicação verbal e não verbal complementado pelas escalas clínicas de avaliação psicológica.

Dentre as escalas de comunicação, também denominadas de auto-avaliação, está o Inventário de Sintomas de *Stress* (ISSL) – anexo C e apêndice I - elaborado com base nos conceitos de Selye e validado por Lipp e Guevara (1994). O ISSL é composto de três quadros cada um se referindo a uma das fases do processo de *stress*, de acordo com o modelo trifásico de Selye (1956). Permite avaliar os sintomas de *stress* tanto ao nível cognitivo como ao nível somático e possibilita ainda identificar a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra. O respondente é solicitado a indicar se tem tido o sintoma de *stress* especificado em cada quadro em 24 horas, 1 semana ou 1 mês. Os dois primeiros quadros, que se referem às fases de alarme e resistência respectivamente, contam com 15 itens cada e o terceiro quadro, que permite o diagnóstico do *stress* já em fase de exaustão, possui 23 itens. A avaliação é feita em termos das tabelas percentuais.

Integrando as escalas clínicas de avaliação psicológica comunicação, estão o Inventário Beck para Ansiedade, (BAI), anexo D, para Depressão (BDI), anexo F, e para o Pessimismo (BHS), anexo E, que serão adotados para permitir a avaliação dos quadros de ansiedade, depressão e pessimismo que tensionam a mente e o corpo do indivíduo, o estressando.

O BAI desses inventários foi proposto por Beck para medir os sintomas comuns de ansiedade (CUNHA, 1997) e consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha em 1999 com classificação brasileira realizada pelo estudo de cinco mil casos de ansiedade, propondo os seguintes resultados: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave - apêndice I .

No caso do BDI, também proposto por Beck a fim de constituir uma forma objetiva para medir as manifestações comportamentais da depressão, compreendendo 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de depressão. O paciente deveria escolher a que lhe parecesse mais apropriada (CUNHA, 1999). A soma dos escores identifica o nível de depressão. Esse instrumento também foi validado por Cunha em 1999 e a sua classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo o seguinte resultado: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; e 36 a 63 – grave.

O BHS, também proposto por Beck como dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro. Este instrumento foi concebido como uma maneira de operacionalizar o componente pessimismo do modelo cognitivo de Beck sobre depressão. A BHS é uma escala dicotômica, que engloba vinte itens, consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. Ao concordar – certo – ou discordar – errado – com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível "avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto. Dentro o total de itens, nove deles, quando assinalados "Errado", e onze, como "Certo", caracterizam a direção crítica. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha em 1999 com classificação realizada por meio de pesquisa científica que propôs os seguintes resultados: 0 a 4 mínimo; 5 a 8 leve; 9 a 13 moderado e 14 a 20 grave.

Ainda com a finalidade de diagnosticar o *stress* excessivo podem ser realizados alguns testes fisiológicos de medição da tensão muscular, de resistência galvânica da pele, da temperatura das extremidades, de freqüência dos batimentos cardíacos, entre outros.

De acordo com os diferentes aspectos do *stress* mensuráveis, observa-se que as escalas de Beck enfatizam os aspectos psicológicos enquanto os Inventários de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL) tem uma grande proporção de seus itens medindo aspectos somáticos, que podem estar presentes em qualquer situação de *stress*. Este conjunto diagnostica o *stress* excessivo. Neste capítulo foi estudado o *stress* e dentre suas características verificou-se a presença de multifatores, tornando-o um problema complexo ainda em aberto que requer novas pesquisas quanto aos aspectos etiológicos e terapêuticos, sendo estas últimas tratadas no próximo capítulo.

3. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS PARA O *STRESS*

Conforme foi visto no capítulo dois, chama-se de *stress* uma reação global do organismo que envolve sinais psicológicos e físicos frente a determinadas situações que excitem, emocionem, confundam e/ou façam a pessoa imensamente feliz. Toda vez que a pessoa tem de se adaptar a alguma coisa nova - seja boa, como o nascimento de um filho, ou má, como um acidente – ela gasta o que os cientistas chamam de energia adaptativa e se desgasta. Se muitas coisas novas acontecem ao mesmo tempo, mesmo sendo boas, a pessoa começa a se sentir desgastada porque teve que usar energia da reserva que tinha.

Em doses moderadas, o *stress* pode ser benéfico pois em momentos de tensão se produz uma substância chamada adrenalina (ou dopamina) que dá força, vigor, entusiasmo e energia. Quando se produz adrenalina fica-se alerta, pronto para lutar ou fugir das situações mais difíceis. Nessa fase do *stress*, além de força e vigor, freqüentemente sente-se taquicardia, tensão muscular, boca seca, nó no estômago e as mãos ficam frias e suadas (LIPP, 1996).

Caso o *stress* seja continuado, o organismo se cansa em excesso e a pessoa começa a se desgastar demais, passando a apresentar: sensação de desgaste generalizado e dificuldades com a memória, caracterizando a chamada fase de resistência.

E quando o estressor desaparece ou se é possível lidar com ele adequadamente, os sintomas também desaparecem. Porém, quando o estressor continua presente, então, as dificuldades começam a aparecer de fato. As conseqüências do *stress* excessivo podem ser: gastrite (mais tarde, úlcera), problemas de pele (como herpes, dermatites, urticária, psoríase e vitiligo) e hipertensão arterial, dentre outros. Este também pode acarretar o envelhecimento precoce, depressão e ansiedade e dificuldades sexuais.

Todos os sintomas descritos, quando são realmente parte do quadro do *stress*, desaparecem com a redução do *stress* para níveis toleráveis, seja por meios pessoais seja através de um tratamento de controle do mesmo. Assim, a sintomatologia do *stress* é reversível e a pessoa pode ficar inteiramente boa se não atingir a última fase do *stress*, conhecida como exaustão (LIPP, 1996).

Quando se chega nesta fase, que só ocorre depois de muito *stress*, a pessoa já não tem mais energia, fica incapacitada de se concentrar, de trabalhar e não tem vontade de fazer nada. Com o organismo enfraquecido há a chance de doenças oportunistas ocorrerem e também de doenças geneticamente determinadas aparecerem, por isso que, embora os sintomas sejam parecidos para todos no início, quando o *stress* está mais adiantado os sintomas podem diferir de acordo com as vulnerabilidades de cada um, chegando em casos raros à morte súbita. Já no campo emocional o *stress* pode produzir desde apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento e hipersensibilidade emotiva até a raiva, a ira, a irritabilidade e a ansiedade.

Assim é possível denotar que não é a presença do *stress* o grande vilão da história, mas sim o grau em que ele se faz presente e a falta de habilidade do indivíduo para enfrentá-lo. O ideal, na verdade, parece ser que o indivíduo aprenda a conviver com desafios, experimente novas emoções, saiba como enfrentar perigos que não possa evitar desenvolvendo estratégias eficazes para lidar com os estressores da vida. Isso sim, poder-se-ia dizer, traria felicidade, pois a pessoa sentiria a segurança de que está capacitada a lidar com as alegrias e adversidades do seu mundo. Portanto, o adequado não parece ser, a eliminação de todo e qualquer *stress* da vida, mas que se tenha

coragem de mudar o que pode ser mudado e de aprender a lidar com aquilo que não possa mudar ou evitar (LIPP, 1996).

Outra questão importante a se considerar é que as pessoas variam na sua vulnerabilidade ao *stress*. "Há algumas crianças, por exemplo, que passam por dificuldades imensas e delas saem tranqüilas e fortificadas para a vida adulta. Outras, no entanto, são mais vulneráveis. Sabe-se que crianças estressadas serão também adultos e*stress*ados, por isso é importante que as crianças aprendam a lidar com as tensões. Se a pessoa não nasceu com o potencial de lidar bem com o *stress*, isso não quer dizer que jamais poderá aprender, pois com treino adequado ela pode muito bem – do mesmo modo que o adulto – aprender a lidar e até mesmo controlar o *stress*" (LIPP 1996, p. 42).

Assim, segundo Lipp, para se proteger do *stress* excessivo deve-se tratar os quatro pilares de controle do *stress*, que são: alimentação, relaxamento, exercícios físicos e auto-manejo, contemplando, deste modo, o equilíbrio entre a mente e o corpo.

A alimentação é fundamental para a reposição de energias, vitaminas e nutrientes que são utilizados nos momentos de maior *stress*. Para tanto, comer muitas verduras – de preferência cruas ou apenas cozidas sob vapor – tais como brócolis, chicória, acelga, alface e outras verduras ricas em vitaminas do complexo B, vitamina C, magnésio e manganês, é excelente. Em caso de insônia – comum em momentos de *stress* – não deixar de tomar um copo de leite antes de dormir ou de comer um pouco de gergelim, que é rico em cálcio e estimula o sono (LIPP, 1998, p. 49-76).

Já, o relaxamento é imprescindível quando se está tenso, podendo ser em forma de exercícios de respiração profunda, yoga, meditação, relaxamento muscular, entretenimento, uma conversa ou uma leitura. Pois, o relaxamento ajuda a eliminar o excesso de adrenalina produzida e restabelece a homeostase interna do organismo. Já os efeitos dos exercícios físicos sobre o *stress* diferem de indivíduo para indivíduo, do mesmo modo que a própria reação ao *stress*. Cada pessoa tem seus próprios limites, além dos quais não adianta forçar, sob o risco de que os exercícios venham a se tornar outra fonte de *stress* (LIPP, 1998, p. 49-76).

Neste sentido, o indivíduo, após um dia de grande tensão, terá maiores vantagens se fizer uma caminhada ao invés de se atirar sobre uma poltrona, pois os músculos precisam ser movimentados, de preferência de forma rítmica, alternando contração e relaxamento, diz Lipp. Segundo as recomendações médicas, vários benefícios são observados quanto à prática de exercícios físicos, tais como: maior vigor e resistência, melhor controle do peso, manutenção da circulação adequada, menor predisposição a dores, maior tônus e postura muscular, redução do cansaço crônico, aparência melhorada, redução da tensão crônica e redução dos fatores de risco de doenças degenerativas.

Quanto ao auto-manejo que é o aspecto mais importante porque visa ensinar a pessoa a lidar com a causa do seu problema e não só com o desconforto ou sintoma do momento, envolvendo auto-conhecimento e auto-determinação. "É importante conhecer seus limites e saber quando se aproxima deles. Uma reflexão sobre qual é a sua situação, é fundamental" (LIPP, 1996, p. 49).

Quando for feita uma auto-avaliação do indivíduo e esta apresentar a presença de sintomas de *stress*, dois tipos de medidas se tornam necessárias: uma é aliviar a intensidade desses sintomas na intenção de preservar o organismo de maiores danos, devido à influência que o *stress* tem na regulagem da pressão arterial. E o outro é, naturalmente, tentar eliminar ou afastar o que lhe está causando *stress*. Se isso for impossível, deverá ser recomendada a pessoa que aprenda a lidar com a fonte de *stress* inevitável (LIPP, 1996).

Ao lidar com os sintomas e tratar a causa e prevenir o *stress,* Lipp ainda sugere, primeiramente, como fundamental aliviar os sintomas do *stress* pois isso poderá dar tempo ao corpo para se recuperar enquanto o indivíduo procura eliminar ou aprender a lidar com suas fontes de *stress*. Para tanto, é necessário que a pessoa procure auxílio de especialistas, isto é, do médico e do psicólogo especializado em controle do *stress*. Mesmo que não entre em contato inicialmente, o médico ao ouvir suas queixas, recomendará que se procure um especialista em *stress*. Por um lado, se o tratamento for feito só pelo médico, pode-se melhorar da doença atual, mas corre-se o risco de ela voltar mais tarde, pois não é da alçada do médico levar o paciente a trabalhar os aspectos psicológicos envolvidos no tratamento do *stress*.

De outro lado, o psicólogo especializado em *stress* vai ensinar o indivíduo a lidar com as tensões, a reconhecer seus limites, a dizer "não" quando necessário, a mudar os pensamentos que levam à tensão mental, mas ele não trata das doenças físicas. Portanto, se o indivíduo tem uma úlcera, um problema de pele ou de pressão alta devido ao *stress*, precisará tratar também do problema físico. Desse modo, é necessário consultar um psicólogo especialista em *stress*, que vai trabalhar a causa do problema para que ele não retorne e também um médico especialista na área em que a pessoa apresenta sintomas físicos (LIPP, 1996, p. 17).

Também é importante ressaltar, que não só os fatores externos, mas também os internos são causadores do *stress*. Por exemplo, a própria pessoa pode se causar *stress* devido ao seu modo de ser. Ás vezes por ser muito agitada, outras vezes por ser muito ansiosa. Nestes casos, diz-se que o *stress* vem de fontes internas. Se o que lhe causa tensão vem do seu interior, isto é, se a pessoa tem dificuldade em lidar com seus sentimentos, tem um modo de pensar que cria *stress* ou se é do tipo agitada, apressada, de irritabilidade fácil, muito pode ser feito para melhorar a situação. Não é fácil mudar a si próprio, porém, é muito mais fácil manter o controle sobre uma condição interna do que sobre uma condição que depende dos outros.

No sentido de aprofundar o estudo sobre as abordagens de auto-manejo para o *stress* será estudado a seguir as formas terapêuticas para o *stress* excessivo que se embasam na convencional visão da medicina de cisão entre corpo e mente.

3.1 Terapias Convencionais

As intervenções terapêuticas do *stress* excessivo objetivam-se a ensinar a pessoa a lidar com a causa do seu problema e não só com o desconforto ou sintoma do momento, envolvendo auto-conhecimento e auto-determinação. Para tanto, as abordagens psicoterapêuticas facilitarão a construção de um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que serão utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e/ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. Assim, estes conjuntos de esforços, foram denominados de *coping*, que significa comportamentos e pensamentos usados para enfrentar os estressores (LAZARUS e FOLKAMN, 1984).

As estratégias de *coping* podem estar concentradas na emoção ou no problema. As primeiras são voltadas a ajustar o estado emocional associado ao *stress* ou que é resultado de eventos estressores. Os esforços são direcionados para um nível somáticos e/ou para um nível de sentimentos, visando mudar o estado emocional da pessoa, tais como: fumar um cigarro ou assitir um filme de comédia. Por outro lado, as estratégias concentradas no problema visam agir sobre a situação que é a fonte de *stress*, tentando alterá-la. O objetivo é mudar a dificuldade que existe na interação entre o indivíduo e o

ambiente e que está causando o conflito. A estratégia de *coping* centrada no problema pode ser dirigida a um estressor externo, como, a negociação para resolver um desentendimento interpessoal ou um pedido de ajuda prática para outras pessoas. Não obstante, ela pode ser direcionada também para estressores internos, o que comumente envolve reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. Em ocasiões interpretadas como passíveis de alterações, as estratégias de *coping* focalizadas no problema tendem a serem utilizadas, enquanto que nas ocasiões interpretadas como inalteráveis as estratégias de *coping* centradas na emoção tendem a ser mais empregadas (LAZARUS e FOLKAMN, 1984).

As abordagens terapêuticas convencionais adotam com premissa a assertiva: a vulnerabilidade aos efeitos do *stress* depende das estratégias de *coping*, isto é, de acordo com a qualidade e a disponibilidade destas estratégias, a pessoa torna-se mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos ao *stress* (BERESFORD, 1994).

No entanto, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como inerentemente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. É preciso levar em conta a natureza do estressor, a disponibilidade de estratégias de *coping* e o resultado do esforço de *coping* (LAZARUS e FOLKAMN, 1984).

Na década de 1960, um grupo de psicólogos liderado por Richard Lazarus desenvolveu um modelo de *coping* chamado de transacional, também conhecido como relacional (LAZARUS, 1966). De acordo com este modelo, o *coping* é um processo que decorre de uma transação entre eventos ambientais e pessoas, de modo que cada indivíduo de vê adaptar-se continuamente aos desafios cotidianos, conforme descritos a seguir (LAZARUS e FOLKAMN, 1984):

- Diante das exigências de um evento estressante, a resposta do indivíduo não é estática, mas sim envolve interações e ajustes sucessivos – nomeados de transações – entre o ambiente e as tentativas pessoais de enfrentar o *stress*. Cada indivíduo é um agente ativo que pode mudar bastante o impacto de um estressor em potencial através de seus próprios recursos.
- As transações entre uma pessoa e seu ambiente são produzidas pela avaliação cognitiva que a mesma faz de estressores potenciais. Esta avaliação envolve julgar (1) se o evento representa uma ameaça ao bem-estar da pessoa, (2) se há recursos próprios suficientes disponíveis para enfrentar a exigência e (3) se a estratégia do indivíduo para enfrentar o evento está funcionando.

Assim, segundo a estratégia de *coping* transacional, quando alguém se depara com um evento potencialmente estressante, faz uma avaliação primária para estabelecer o significado do evento. Neste momento surge uma questão do tipo: "será que esta situação irá me causar problemas?". Como resultado da avaliação primária, é possível três interpretações diferentes para o evento: irrelevante, benigno-positivo ou ameaçador (desafiador, perigoso) (LAZARUS, 1966).

Se o evento tiver sido avaliado como um ameaça, ocorre a avaliação secundária que procura responder a pergunta: "o que posso fazer para lidar com esta situação?". Então, o indivíduo analisa suas capacidades de enfrentamento para estabelecer se elas são adequadas para lidar com o desafio, o perigo-perda em potencial ou a ameaça. Se os recursos são interpretados como adequados, pouco ou nenhum *stress* ocorre. Quando a ameaça é grande e os recursos de enfrentamento escassos, provavelmente haverá *stress* (LAZARUS, 1966).

O processo de avaliação cognitiva é contínuo com base em novas informações recebidas no ambiente. A partir de uma reavaliação cognitiva, o indivíduo atualiza constantemente sua percepção de vitória ou fracasso perante um desafio, uma ameaça ou um perigo. Novas informações podem tanto eliminar o *stress* do indivíduo como

também aumentá-lo. Os questionamentos que aparecem são, por exemplo: "A situação está sob controle?", "Estou me sentindo melhor?" (LAZARUS, 1966).

Atualmente, este modelo de processo de *coping*, concebido por Lazarus e seus colaboradores, é considerado o mais compreensivo (BERESFORD, 1994). e influente as abordagens psicoterapêuticas (STRAUB, 2002, 2005), portanto esta estratégia de *coping* balizará as terapias convencionais para o *stress* abordadas neste estudo.

Estas psicoterapias têm como objetivo ajudar a pessoa a descobrir alternativas à transformação do *stress* em sintomas físicos e psicológicos, a solucionar o problema emocional que o provocou. No entanto, compreender os diferentes tipos de psicoterapia pode parecer uma tarefa assustadora: existem mais do que 250 formas diferentes e específicas de terapias praticadas atualmente para o *stress*. Felizmente, elas podem ser agrupadas em uma quantidade menor de abordagens mais abrangentes. No livro *The Consumer´s Guide to Psychotherapy*, os psicólogos Jack Engler e Daniel Goleman, descrevem as cinco principais linhas psicoterapêuticas de abordagem com estratégias de *coping* transacional da seguinte forma (STRAIN, 1983 *apud* GOLEMAN, 1997, p. 316):

- Terapia Psicodinâmica que deriva da psicanálise e procura entender e resolver conflitos emocionais que têm origem em seus primeiros relacionamentos e que se repetem na vida adulta. Nesta terapia, as sessões em geral dedicam-se à exploração de suas reações emocionais atuais com relação ao seu passado. Essa abordagem funciona melhor se seu objetivo for fazer algumas mudanças fundamentais em seus padrões de personalidade, ou seja, casos de relacionamentos românticos autodestrutivos, em vez demudar um comportamento específico, como um medo de voar.
- Terapia comportamental que enfatiza a mudança de um comportamento específico, como uma fobia, acabando com o que a reforça ou substituindo-a por uma resposta mais desejável. Nesta terapia, as sessões geralmente dedicam-se a analisar o comportamento e idealizar formas de mudá-lo; você realizará instruções específicas entre as sessões. Essa terapia é mais eficaz em problemas focalizados, como o medo de falar em público.
- Terapia cognitiva que tem o mesmo enfoque da terapia do comportamento no sentido de mudar hábitos específicos, mas enfatiza os pensamentos habituais subjacentes a esses hábitos. A estratégia geral é semelhante à da terapia comportamental e as duas abordagens são, com freqüência, mas nem sempre, combinadas. A terapia cognitiva é melhor utilizada em problemas onde suas formas habituais de pensar sobre si mesmo pioram as coisas, como uma depressão moderada e a baixa auto-estima.
- As terapias sistêmicas concentram-se em padrões de relacionamento em casai, entre pais e filhos, ou dentro de toda a família. Nessa abordagem, é necessário que cada pessoa envolvida participe das sessões de terapia e geralmente existem "deveres de casa" com o objetivo de mudar padrões que causem problemas. As terapias de sistemas são melhores no caso de um casamento problemático ou conflitos intensos entre pais e filhos, onde o problema está no relacionamento entre eles, não apenas em uma ou na outra pessoa envolvida.
- A terapia de apoio concentra-se em ajudar pessoas que passam por uma intensa crise emocional, como uma profunda depressão, que geralmente também precisará ser tratada com remédios. Ela enfatiza os detalhes práticos dos problemas cotidianos e tenta mais ajudar alguém a lidar com situações dominantes, em vez de ajudá-lo a mudá-las.

Estas cinco principais linhas psicoterapêucias, abrangem métodos utilizados para ajudar a resolver as dificuldades com o *stress*, principalmente no caso de *stress* crônico, e são aplicadas por muitos tipos diferentes de profissionais especializados em *stress*, tais

como: profissionais treinados em psicoterapias, incluindo psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais, terapeutas de casais e de família e conselheiros da saúde mental. Contudo, somente os psiquiatras podem receitar medicamentos. Em geral, psicólogos podem trabalhar de forma eficaz com uma pessoa e*stress*ada, desde que sejam especialistas neste.

Um avanço importante para os quadros de *stress* excessivo agudo é o aumento do uso da psicoterapia breve. Esta em vez de dissecar todo o quadro psíquico do paciente, é uma intervenção direcionada de curto prazo, focalizando um problema específico e suas conseqüências. A terapia pode empregar técnicas de todas as escolas de psicoterapias, desde a freudiana até a behaviorista; a psicoterapia breve pode levar até quinze sessões, com uma exigência mínima de seis sessões, em média. Esta técnica terapêutica ensina um repertório maior de formas de lidar com o *stress*, permitindo que os indivíduos parem de transformar os problemas emocionais em sintomas físicos e psicológicos (CUMMINGS *apud* GOLEMAN, 1997).

Dois estudos mostraram, segundo Goleman e Gurin (1997, p. 147), que a combinação de terapia médica com psicoterapia breve é superior ao tratamento médico isolado da Síndrome do Cólon Irritável – SCI - um distúrbio crônico ou recorrente que pode causar movimentos intestinais irregulares, constipação ou diarréia e dor abdominal, cuja base psicológica não é bem conhecida, mas os fatores emocionais freqüentemente desempenham um papel importante; desencadeado pelo *stress* excessivo.

A SCI é um exemplo clássico do papel que o *stress* pode desempenhar nos chamados distúrbios gastrointestinais funcionais – problemas do trato gastrointestinal – GI – aos quais não se associam quaisquer causar orgânicas ou físicas. Em muitos casos, a tensão relacionada ao trabalho e a previsão de *stress*, intensificam a doença. Em ambos os estudos sobre SCI, a psicoterapia focalizou a identificação dos fatores de *stress* que agravavam os sintomas do paciente e tentou ensinar ao mesmo formas mais eficazes de lidar com o *stress*.

Vale lembrar que as intervenções usadas no manejo do transtorno do *stress* pós-traumático, focalizam-se em: (1) prevenção do desenvolvimento da doença após um evento traumático, (2) tratamento do quadro já estabelecido e (3) manutenção do funcionamento e da qualidade de vida em longo prazo. Uma variedade de tratamentos psicoterápicos e farmacológicos tem sido proposta para o tratamento do *stress* (GRAEFF, 2003a).

Entretanto, cada vez mais os estudo sobre o *stress* têm chamado a atenção para o sentido de controle da condição interna do indivíduo a fim de gerenciar o *stress* que, se tornou tão evidente no fim do século XX, passando assim as pesquisas científicas a se concentrar na relação mente e corpo, em contrapartida a diversas pesquisas realizadas sobre as diversas relações entre o *stress* e diversas doenças específicas, surgindo diversos institutos de pesquisas e clínicas especializados em *stress*. Neste momento, "a concepção de que a mente e o corpo estão intrinsecamente ligados, e de que sua interação exerce, a cada segundo, uma profunda influência sobre a saúde e a doença, a vida e a morte, estava sendo, a verdade, indiscutível" (PELLETIER, 1984, *apud* GOLEMAN, 1997, P. 15-31).

3.2 Estudos da Medicina Mente/Corpo sobre o *Stress*

Como já visto, a influência da mente sobre a saúde do corpo físico é reconhecida pela medicina desde seu início, embora ás vezes possa ter sido subestimada ou mal entendida nunca foi ignorada. No século IV a.C., Hipócrates – o fundador da medicina

ocidental, originando o Juramento de Hipócrates – de um lado. igualou a saúde a um equilíbrio harmonioso da mente, do corpo e do ambiente. Por outro lado, a doença era causada pela desarmonia entre esses elementos.

Mais tarde, em II d. C., o médico grego Galeno observou que mulheres melancólicas pareciam ser particularmente suscetíveis ao desenvolvimento do câncer de mama. Durante o Renascimento, Thomas Sydenham, ampliou as observações de Hipócrates sobre o poder curativo da natureza, propondo que a adaptação interior de uma pessoa a forças externas era um fator importante para a doença e a saúde. Em meados do século XIX, como já exposto no capítulo dois, o notável fisiologista francês Claude Bernard que definiu a função do pâncreas na digestão, também enfatizou o papel do *milieu intérieur*, ou estado interior, como essencial à compreensão da saúde e da doença (PELLETIER, 1984, *apud* GOLEMAN, 1997).

Nos primórdios do século XX, esta idéia recebeu base científica do fisiologista de Harvard, Walter B. Cannon, que foi o primeiro a descrever a reação de luta ou fuga: a reação adaptável do organismo a uma ameaça. Nesta reação o organismo secreta catecolaminas – hormônios do *stress* – que imediatamente solicitam órgãos fundamentais, preparando uma pessoa ou um animal sob ameaça para lutar ou fugir. O mais conhecido desses hormônios é a epinefrina, também denominada adrenalina, produzida pelas glândulas supra-renais.

Essa reação de luta ou fuga foi essencial para a sobrevivência em uma época em que seres humanos enfrentavam ameaças físicas, como animais selvagens, que ocasionavam um intenso *stress* e que poderiam ser enfrentados de modo eficaz, lutando-se ou fugindo. Em contraste, os tipos de *stress* que se enfrenta na vida moderna, provavelmente, são muito mais psicológicos e interpessoais e não podem ser resolvidos pela luta ou fuga. Infelizmente – como demonstrou na década de 1950, Hans Selye, um pioneiro pesquisador do *stress* da McGill University – o organismo reage aos estressores da atualidade como se ainda estivesse enfrentando uma ameaça física real.

Ao investigar, na década de 1940, os efeitos físicos do *stress* psicológico, Selye inaugurou o estudo moderno da fisiologia mente/corpo, apesar destas pesquisas remontarem a reação de luta ou fuga descoberta por Walter B. Cannon. A fisiologia mente/corpo é uma das três áreas convergentes de pesquisas da influência da mente sobre o organismo que juntamente com as pesquisas epidemiológicas e clínicas apresentam os indícios científicos desta relação direta (GOLEMAN e GURIN 1997, p.4-9).

Assim, as pesquisas fisiológicas investigam as ligações biológicas e bioquímicas entre o cérebro e os sistemas orgânicos, enquanto os estudos epidemiológicos mostram correlações entre certos fatores psicológicos e certas doenças na população em geral e a investigação clínica testa a eficácia das abordagens mente/corpo na prevenção, no alívio ou no tratamento de doenças específicas.

Juntas essas pesquisas sugerem que a separação entre mente e corpo, há muito aceita pela filosofia ocidental, é, na verdade, ilusória. Os estudos também fazem parte de uma nova síntese na ciência médica, entendida como uma nova abordagem que vê como a mente – os pensamentos e emoções – influenciam a saúde do organismo do indivíduo - a medicina mente/corpo.

> "Para os pacientes, essa nova síntese tem um significado muito prático. Significa que, prestando atenção aos seus estados emocionais e mentais – suas preocupações, hostilidades, reações habituais, pessimismo e depressão – e controlando-os, podem ajudar a si mesmo a permanecer saudável e a recuperar-se mais rapidamente das doenças" (GOLEMAN e GURIN, 1997, p.4).

Além de na perspectiva dos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde, essa nova forma de ver as coisas sugerir que há muito a ganhar se transcenderem o tratamento da doença física e cuidarem de seu aspecto global – a forma na qual a doença afeta o estado mental do paciente e as emoções provocadas por ela.

Em síntese, um princípio básico da medicina mente/corpo: é melhor tratar da pessoa de forma global; tratar do sofrimento emocional deve ser um complemento essencial ao tratamento médico padrão. Outro princípio é que as pessoas podem participar ativamente dos cuidados com sua própria saúde e podem evitar doenças ou diminuir sua duração, adotando procedimentos para administrar seus próprios estados psicológicos. Contudo, estes princípios devem estar mesclados a uma visão realista dos muitos outros fatores que afetam a saúde e a doença.

Fazendo um breve histórico sobre o surgimento da medicina mente/corpo, Goleman e Gurin (1997, p.5) dizem:

> "as pesquisas que serviram de alicerce para esta medicina começaram com uma descoberta acidental que, a princípio, atraiu pouca atenção. Essa descoberta ocorreu em um dia do ano de 1974, em um laboratório da Faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Rochester. Ela levou a pesquisas que redefiniriam o mapa biológico do corpo. Naquele dia, o psicólogo Robert Ader analisou dados de um experimento que demonstrava que os sistemas imunológicos de ratos brancos haviam aprendido uma reação específica condicionada. Os resultados foram surpreendentes, pois, segundo o pensamento predominante, o sistema imunológico não deveria ser capaz de aprender coisa alguma. O aprendizado era algo realizado apenas pelo cérebro e pelo sistema nervoso central – certamente não pelo sistema imunológico, a rede de células do organismo que luta contra doenças".

Antes do experimento de Ader, anatomista, médicos e biólogos acreditavam que o cérebro e o sistema imunológico eram entidades separadas, e que nenhum deles era capaz de influenciar o funcionamento do outro. Não estavam conscientes da existência de qualquer caminho que ligasse os centros do cérebro, monitorando o que os ratos provavam, com áreas da medula óssea que produziam as células-T – células do sistema imunológico que combatem vírus e infecções, ao circularem pelo organismo. O próprio Ader não acreditava completamente em suas descobertas.

Para testar a possibilidade de uma ligação, Ader associou-se a Nicholas Cohen, um imunologista de Rochester. Em uma excelente série de estudos, os dois demonstraram que aspectos do sistema imunológico podem, na verdade, ser condicionados, assim como Pavlov demonstrou que os cães podem ser condicionados a salivar ao som de uma campainha, depois do alimento ter sido associado ao som (GOLEMAN e GURIN, 1997).

Deste modo, os experimentos de Ader haviam sido repetidos com sucesso, e sua descoberta abriu caminho para a identificação das ligações entre o sistema imunológico e o sistema nervoso central. Como resultado, a ciência está descobrindo que existem muitas ligações fisiológicas entre estes dois sistemas. Essas descobertas geraram o campo da ciência médica chamado de psiconeuroimunologia ou PNI: psico - de mente, neuro - de sistema neuroendócrino, os sistemas nervoso e hormonal – e imunologia - de sistema imunológico (GOLEMAN e GURIN, 1997).

Uma explosão de interesses na PNI deu origem a novas pesquisas sobre uma completa gama de mecanismos fisiológicos, alguns deles conhecidos durante décadas, por meio dos quais a mente e as emoções podem alterar o bem-estar físico. À medida que aprendem mais sobe os hormônios e neurotransmissores que as células do cérebro usam para se comunicar umas com as outras e com o resto do organismo, os cientistas vêm desenvolvendo um conhecimento mais profundo sobre a reação ao *stress*. Estão

aprendendo mais especificamente como as mudanças fisiológicas que ocorrem sob *stress* – ou em situações de sofrimento emocional – podem, por exemplo, aumentar o risco de doenças cardíacas, tornar mais difícil o controle do diabetes ou dificultar a concepção em algumas mulheres (GOLEMAN, 1997).

De acordo com Pelletier (1984) *apud* Goleman, (1997, p.18) "duas formas de *stress* – de curto prazo ou intenso e de longo prazo ou crônico – têm diferentes conseqüências para a saúde". Se a pessoa estiver sob *stress* crônico - por exemplo: estiver sob a constante pressão de um prazo de entrega ou passando por momentos difíceis com o seu cônjuge - seu organismo reage com as mesmas mudanças físicas que seriam apropriadas se estivesse sob um *stress* de curto prazo ou intenso - por exemplo, a iminência de acidente de carro ou a reação a um repentino barulho alto.

Este fato, ocorre devido às catecolaminas desencadearem uma enxurrada de mudanças fisiológicas que colocam o organismo de prontidão: a freqüência cardíaca, a pressão sanguínea e a tensão muscular, todas sobem rapidamente; diminui a atividade do estômago e dos intestinos; e o nível sanguíneo de glicose ou açúcar sobe, a fim de gerar rapidamente energia. Essa agitação física geralmente ocorre ao mesmo tempo em que ocorre a reação psicológica, conduzindo a pensamentos acelerados, ansiedade e até pânico.

Pelletier ressalta que sob condições de *stress* crônico e de longo prazo, as reações perfeitamente normais decorrentes do *stress* de curto prazo são prolongadas de forma anormal e podem levar à doença crônica ou contribuir para o desenvolvimento de doenças. Com *stress* crônico, o sistema imunológico tende a ser suprimido ou a tornar-se menos ativo, o nível de colesterol no sangue aumenta e os ossos perdem cálcio. Quando prolongado por mais tempo, os aumentos normais de curto prazo da pressão sanguínea podem se transformar em hipertensão, a maior tensão muscular pode levar a dores de cabeça ou agravar a dor, mudanças anormais na atividade do trato intestinal podem levar a diarréia ou espasmos, a freqüência cardíaca acelerada pode aumentar o risco de arritmia. Além disso, a menor imunidade pode deixar o indivíduo suscetível a resfriados e gripes ou possivelmente a doenças mais graves.

Como visto anteriormente, as reações ao *stress* são controladas pelo sistema nervoso autônomo, uma parte do sistema nervoso sobre a qual não se tem praticamente nenhum controle voluntário direto. Este sistema possui duas ramificações: o sistema nervoso simpático, que regula o tipo de estímulo descrito anteriormente, e o sistema nervoso parassimpático, que controla um conjunto compensador de respostas.

Em geral, o sistema nervoso parassimpático induz ao relaxamento e ajuda o organismo a compensar os períodos de altos estímulos – por exemplo, diminuindo a freqüência cardíaca, a pressão sanguínea e a tensão muscular. Essas respostas relaxantes são um estado biologicamente regenerativo que ajuda o corpo a se recuperar. Porém, o sistema nervoso parassimpático não é melhor devido à sua função no relaxamento e nem é sempre benéfico. Estudos experimentais de perdas, afirma Pelletier (1984) *apud* Goleman (1997, p. 20), nos quais animais ficam e*stress*ados quando separados de membros familiares próximos, revelam que essa forma de *stress*, na verdade, produz uma forma de depressão caracterizada pelo aumento da atividade parassimpática.

Todas as técnicas da medicina mente/corpo, de controle do *stress*, da meditação ao *biofeedback*, têm o objetivo de induzir a um estado parassimpático positivo. A este estado, se dá o nome de resposta de relaxamento, termo criado por Herbert Benson, da Harvard Medical School. Em geral, o objetivo do controle do *stress* não é só ajudar as pessoas a lidarem com os acontecimentos estressantes breves, mas de diminuir os efeitos do *stress* crônico – uma ameaça mais grave, pois este pode não dar ao organismo a pausa de que necessita para recuperar-se.

Algumas idéias iniciais sobre a ligação entre mente/corpo e *stress* agora estão ficando mais detalhadas.

> "O caso das doenças cardíacas aponta que hoje há indícios suficientes, fornecidos por estudos realizados com animais e seres humanos, de que o *stress* e as emoções fortes – particularmente a hostilidade e a raiva – podem contribuir para danos de longo prazo ao coração e vasos sanguíneos e podem precipitar repentinos infartos. Acessos de raiva podem desencadear uma isquemia ou uma deficiência no fluxo sanguíneo para o coração, em um grau pequeno mas significativo em indivíduos saudáveis – e em um grau maior em pessoas com doenças cardíacas. As reduções no fluxo sanguíneo são maiores durante a raiva do que durante a prática de exercícios" (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997, p.20-21).

Um aspecto interessante da relação mente/corpo e *stress* segundo um conjunto de teorias, que começou a ganhar aceitação na década de cinqüenta, pessoas com personalidades propensas a doenças tinhas uma probabilidade particular de desenvolver determinadas enfermidades. A artrite reumatóide, segundo Pelletier (1984) *apud* Goleman (1997), por exemplo, foi relacionada a perfeccionismo, complacência, subserviência, nervosismo, inquietação, frieza e raiva. Já o câncer foi ligado à falta de afirmação, incapacidade de expressar emoções e desesperança. Outros tipos de personalidades foram considerados particularmente propensos à asma, úlcera ou enxaqueca.

Um aspecto dessas pesquisas ainda parece promissor: doenças cardíacas parecem ser particularmente comuns em pessoas com um tipo de personalidade especificamente hostil e colérico e em pacientes impetuosos – que reagem excessivamente a fatores moderados de *stress*. Com essa exceção, a idéia de que tipos de personalidades específicos têm ligação com doenças específicas – incluindo asma, colite ulcerativa e artrite reumatóide – não foi comprovada. Em particular, a personalidade supostamente propensa ao câncer ainda não teve os indícios persuadidos (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Entretanto, pode existir algo como um tipo de personalidade em geral propensa a doenças que deixa o indivíduo com um maior risco geral de adoecer. Há vários anos, Howard Friedman e Stephanie Booth-Kewley, psicólogos da Universidade da Califórnia, Riverside, analisaram os resultados de mais de duzentos estudos que supostamente ligavam tipos específicos de personalidade a asma, artrite, úlcera, dores de cabeça e doenças coronarianas. Embora tenham revelado poucos indícios que sustentassem tais ligações específicas, revelaram indícios sugestivos de uma personalidade em geral propensa a doenças que envolvem depressão, raiva/hostilidade, ansiedade e possivelmente outros aspectos da personalidade. Revelaram que esses traços característicos pareciam aumentar o risco geral de doenças (GOLEMAN, 1997).

. O neurocientista, Candance Pert, que era do Instituto de Saúde Mental dos Estados Unidos, sugeriu que a ansiedade, a hostilidade e outros estados emocionais podem afetar diretamente o sistema imunológico – uma hipótese que ajudaria a explicar sua ligação com doenças. O estudo dos receptores apóia a hipótese de Pert: estruturas moleculares na superfície das células que fazem com que essas células respondam a outras moléculas, como hormônios e substâncias químicas do cérebro. As células do sistema límbico – à parte do cérebro que controla o comportamento emocional – têm um número extraordinariamente grande de receptores para neuropeptídeos, uma classe especial de substâncias químicas que modulam a forma na qual as células nervosas respondem a sinais de outras células nervosas. Os neuropeptídeos mais conhecidos são as endorfinas, substâncias semelhantes à morfina produzidas no organismo, que Pert

ajudou a descobrir junto com o neurocientista Solomon Snyder, há quase duas décadas (GOLEMAN, 1997).

Essa concentração no sistema límbico, pode ter função nas emoções. Como Pert e outros pesquisadores mostraram, as mesmas substâncias químicas podem também influir no sistema imunológico. Essa hipótese é sustentada pela recente descoberta de que as células do sistema imunológico contêm receptores de endorfinas e outros neuropeptídeos (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Outra questão importante, já mencionada anteriormente, a considerar são as diferenças individuais na forma como as pessoas enfrentam eventos estressantes que podem ser pelo menos tão importantes quanto os próprios fatores de *stress* na determinação da saúde ou doença. Diversos fatores psicológicos – entre humor, características da personalidade, a forma de enfrentar as situações, raiva reprimida, sensação de desesperança, vulnerabilidade psicológica tanto quanto sempre estar na defensiva – pode afetar a forma como uma pessoa lida com o *stress* e, assim, podem modular o impacto que o *stress* terá sobre o sistema imunológico.

Se traços psicológicos negativos podem intensificar os efeitos de fatores de *stress*, formas positivas de enfrentar as situações podem diminuir o *stress* do organismo. A psicóloga Suzanne Kobasa, da Universidade da Cidade de Nova York, identificou e avaliou um estilo psicológico de enfrentar as situações que chama de vigor, que pode modificar a relação entre *stress* e a doença. Ela revelou que pessoas com alta pontuação nos testes são mais resistentes a doenças do que aquelas com baixas pontuações (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Ao passo que na Universidade de Chicago, Kobasa estudou um grupo de executivos do ramo dos negócios durante oito anos, quando enfrentavam as crises e perturbações normais de gerenciamento de uma grande empresa. Ela revelou que certos traços da personalidade marcavam aqueles que permaneciam mais saudáveis no gerenciamento de suas empresas. Um traço era ver as exigências da vida como um desafio, e não como uma ameaça, respondendo com estímulo e energia para mudar. Outro era ter um compromisso com algo que considerasse significativo – o trabalho, a comunidade, a família. O terceiro – um traço crítico – era uma sensação de estar no controle: obter a informação certa e ser capaz de tomar decisões que possam fazer uma diferença crucial (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Experiências com animais também sugerem que um senso de controle pode ser especialmente importante na prevenção de doenças. Em animais de experimentos, diversos fatores de *stress* – incluindo superpopulação, choque elétrico, som de alta intensidade e exposição a predadores – podem reduzir a atividade das células do sistema imunológico. Mas o sistema imunológico sofre particularmente efeitos dos fatores de *stress*, dos quais um animal nada pode fazer para escapar – de forma diferente, diga-se, de um choque elétrico, do qual um gato pode fugir pulando (GOLEMAN, 1997).

Um dos muitos estudos desse efeito foi realizado na Universidade da Pensilvânia pelo psicólogo Martin E.P. Seligman – que formulou o conceito da impotência adquirida – e seu colega Madelon Visitainer. Em sua pesquisa, ratos de laboratório eram submetidos a um choque inevitável, um choque evitável ou a nenhum choque, um dia após receberem injeções com uma solução que poderia causar o crescimento de tumores, 73% dos camundongos que receberam choques dos quais não podiam escapar desenvolveram pelo menos alguns tumores. Em contraste, o tumor só cresceu em somente 37% dos ratos que podiam escapar (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Neste sentido, numerosos estudos com animais, como esse, e um número cada vez maior de estudos com seres humanos demonstraram que obter um senso de controle

– ou de falta de controle – sobre as fontes de *stress* na vida pode ter um profundo efeito sobre a saúde. Por exemplo, o pesquisador Robert A. Karasek, quando estava na Faculdade de Medicina da Cornell University, revelou que um alto índice de doenças cardíacas tinha relação com a tensão profissional de certos empregos onde pessoas sentiam-se altamente pressionadas, mas tinham pouco ou nenhum controle sobre a forma como enfrentavam as exigências do emprego. Uma dessas profissões arriscadas, por exemplo, era dirigir ônibus: o motorista tinha que cumprir horários diante das condições de tráfego, impossíveis de controlar. Pessoas em empregos como esse, incluindo controladores de tráfego aéreo, secretárias, eram particularmente propensos à hipertensão arterial e à dilatação da área ventricular esquerda do coração, um sinal de perigo para infartos (GOLEMAN, 1997).

A capacidade de enfrentar o *stress* não é apenas uma questão de controle ou atitude pessoal, ela também pode refletir a intensidade de seus laços sociais. Indícios demonstram cada vez mais que o apoio da família, dos amigos, de membros da comunidade e até da companhia de um animal doméstico é importante para a saúde da pessoa. Segundo uma teoria, contratos sociais podem servir como amortecedores, ajudando a filtrar e moderar a forma pela qual interpretam-se eventos estressantes e, assim, podem proporcionar um meio de enfrentar o *stress* (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Segundo Pelletier, pessoas com laços sociais receptivos demonstram ter, em geral, uma saúde melhor, com baixos índices de câncer e de doenças cardíacas, menor bloqueio das coronárias (medido por angiografia), permanências menores em hospitais quando ficam doentes e uma melhor resistência a infecções do que aquelas cujas ligações sociais não são fortes. Em contraste, entre as pessoas que estão particularmente isoladas em geral, a taxa de mortalidade é maior, assim como a incidência de uma variedade de doenças, incluindo artrite, hipertensão, doenças coronarianas e resfriados, tuberculose e outras infecções, fica acima da média.

Por esse motivo, embora as pessoas casadas sejam geralmente mais saudáveis do que as solteiras, as dificuldades do casamento podem ter efeitos negativos sobre a saúde. Constatou-se que conflitos matrimoniais perturbam a função do sistema imunológico. A perda de um cônjuge, devido à morte ou divórcio, também aumenta o risco de um infarto fatal, e o índice de mortalidade, por todas as causas, entre os homens que perderam suas esposas é maior do que a média (PELLETIER, 1984 *apud* GOLEMAN, 1997).

Contudo, pesquisas e estudos clínicos futuros não só esclarecerão essas ligações mente/corpo, como também levarão a programas mais eficazes para a prevenção e reversão das doenças e do *stress* excessivo, pois esta medicina está longe de ser uma ciência exata e ainda existem muitas perguntas, conforme Goleman e Gurin, que acreditam não serem maiores do que se poderia esperar de um campo complexo e em evolução, as áreas de incerteza e o volume de pesquisas bem planejadas em andamento ou sendo iniciadas atualmente evidencia o entusiasmo científico que o campo gerou em um período de tempo razoavelmente curto.

Para muitos a questão não é se a medicina mente/corpo é um campo legítimo para pesquisas ou se seu potencial foi totalmente definido e comprovado. A questão imediata e prática é: se esta medicina, em seu atual estágio, pode ter valor para pessoas que lidam com uma série de doenças graves e pessoas saudáveis que querem continuar saudáveis. Os adeptos a abordagem da medicina mente/corpo dizem acreditar que sim, embora esta abordagem da medicina ainda esteja evoluindo, se conhece o suficiente para que valha a pena experimentá-la em diversas situações. Ela pode fazer muito para

melhorar a qualidade de vida dos pacientes e possivelmente melhorar sua saúde física, com um risco muito pequeno (GOLEMAN, 1997), pois:

- As abordagens mente/corpo demonstraram um grande potencial para reduzir a dor e a dificuldade de sintomas em pessoas com várias doenças crônicas.
- Elas podem ajudar no controle e na reversão de certos processos subjacentes de doenças.
- Ao reduzir os efeitos do stress, podem ajudar a evitar o desenvolvimento da doença.
- O risco físico e emocional do uso dessas técnicas é mínimo, enquanto seus possíveis benefícios são enormes.

Um motivo fundamental é que esta medicina não é uma abordagem alternativa e sim complementar. É perfeitamente compatível com o tratamento médico convencional e pode ser uma forma poderosa de engrandecê-lo, sem desafiá-lo ou substituí-lo. Na verdade, a medicina mente/corpo baseia-se em algumas das melhores tradições da medicina ocidental – embora algumas dessas tradições tenham sido ignoradas na era de alta tecnologia da assistência médica moderna.

3.3 Terapias da Medicina Mente/Corpo para o *Stress* Excessivo ou *Distress*

A hipnose, o relaxamento, a meditação e outras abordagens mente/corpo são utilizadas na medicina ocidental há várias décadas, até mesmo séculos, e muito possivelmente milênios, por curandeiros tradicionais. "Hoje, duas coisas são diferentes; primeiro, a utilização dessas abordagens está se tornando muito mais difundida e elas estão ganhando mais respeito e interesse dos pesquisadores das principais instituições médicas e, segundo, há indícios crescentes de que as técnicas mente/corpo podem não só melhorar a qualidade de vida – particularmente de pessoas com doenças graves – como também afeta o desenvolvimento da própria enfermidade" (GOLEMAN e GURIN, 1997, p. 4).

Cientistas trabalhando para desvendar a fisiologia da ligação mente/corpo, começaram a delinear formas plausíveis nas quais a mente e as emoções poderiam afetar a saúde física. Eles aprofundaram o conhecimento dos efeitos do *stress* sobre o organismo e estão acumulando indícios convincentes de que o sistema imunológico, juntamente com outros órgãos e sistemas do organismo, podem ser influenciado pela mente.

Um exemplo destas pesquisas, foi o estudo com pacientes portadores de graves doenças coronarianas desenvolvido pelo médico Dean Ornish, diretor do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade da Califórnia, em São Francisco. Os pacientes utilizaram totalmente as abordagens mente/corpo: encontravam-se semanalmente para compartilhar suas emoções e oferecer apoio mútuo; mudaram seus estilos de vida, a fim de viver de forma menos estressante e mais satisfatória; e praticavam yoga e meditação. Também começaram a se exercitar várias horas por semana – uma mudança que, por si, pode ter efeitos significativos sobre o humor e a mente (GOLEMAN e GURIN, 1997).

No estudo, o médico dividiu os pacientes em grupos e os deixou passar por várias mudanças significativas de estilo de vida, combinando as abordagens mente/corpo com a alimentação com baixo teor de gordura (onde o percentual desta era inferior a 10% das calorias totais). Após um ano nos grupos, os pacientes demonstraram uma verdadeira inversão de sua grave aterosclerose, algo nunca alcançado antes sem o uso da medicação. As pesquisas posteriores de Ornish estão revelando que, em geral,

ocorre um grau até maior de inversão em pessoas que permanecem no programa durante vários anos (GOLEMAN e GURIN, 1997).

Hoje, existe um grande número de novos estudos clínicos em andamento nas principais instituições médicas dos Estados Unidos com o objetivo de medir os efeitos das técnicas mente/corpo e explorar a base fisiológica desses efeitos Alguns exemplos, de acordo com Goleman e Gurin (1997, p.9), são:

- Na Harvard Medical School, uma série de estudos contínuos sugere que uma simples técnica para obter a resposta ao relaxamento pode ajudar pacientes com doenças que vão da hipertensão à enxaqueca e síndrome do cólon irritável.
- Na Duke University, homens e mulheres com doenças cardiovasculares participam de grupos que os ajudam a controlar suas sensações de hostilidade e raiva, que é um fator de risco para doenças cardiovasculares. Os pesquisadores acompanham os pacientes durante um período, a fim de observar se essas mudanças emocionais beneficiam diretamente seus corações.
- Na Universidade da Califórnia, em Los Angeles – UCLA, desenvolve-se um estudo prospectivo para reforçar as inovadoras descobertas de David Spiegel – num estudo formou grupos de apoio para mulheres que estavam sendo tratadas de câncer de mama avançado, que havia se disseminado por todo corpo e os resultados mostraram que a qualidade de vida dessas mulheres melhorou tanto que chegou a sobreviver o dobro do tempo, com um tempo adicional de 18 meses em média. Já se sabe que grupos de apoio a pacientes com câncer da UCLA fortalecem elementos-chave do sistema imunológico. Agora esses pacientes estão sendo mais estudados para verificar se suas mudanças imunológicas estão ligadas a melhores resultados clínicos, como uma maior sobrevida.
- Em um hospital em Cleveland, crianças com a crônica e intratável dor causada pelo câncer estão aprendendo a livrar-se dela visualizando-se em um lugar descontraído e feliz.
- Na Universidade de Miami, o foco está na AIDS. Lá, em um programa abrangente de controle do *stress*, homens infectados pelo HIV encontram-se nas noites de segunda e quinta para falar sobre os *stress*s da semana, praticar métodos de relaxamento, e ajudarem-se mutuamente a encontrar formas de melhorar o controle das várias demandas da vida. Mais uma vez, os primeiros resultados são promissores: uma maior capacidade de recuperação emocional, efeitos positivos sobre o sistema imunológico e um atraso no aparecimento dos sintomas mais sérios que sinalizam a AIDS.
- Na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Ohio, alunos que passam pelo *stress* das provas finais aprendem uma técnica de relaxamento. Exames de sangue que analisam a função imunológica mostram que o *stress* provocado pelos exames enfraquece a resistência dos estudantes aos vírus. Mas aqueles que praticam o método do relaxamento demonstram uma menor diminuição da resistência.
- No Centro Médico da Universidade de Massachusetts, trinta pacientes com diversas doenças – inclusive cardiopatias, câncer, diabetes, dor crônica nas costas e colite – estão meditando de olhos fechados, concentrando-se, em absoluto silêncio, na sensação da respiração que entra e sai de sues corpos. A maioria das pessoas que faz dessa simples

prática parte de sua rotina diária relata uma diminuição no sofrimento e até mesmo alívio de muitos sintomas médicos.

Entretanto, torna-se fundamental não só apresentar as pesquisas que envolvem a medicina mente/corpo na atualidade, mas também discorrer sobre as diversas abordagens empregadas por esta prática médica para o controle do *stress*, apresentado através das análises de Dienstfrey (1990) elaboradas em seu estudo científico sobre sete formas diferentes de lidar com o *stress* como editor do jornal *Advances*, do Instituto do Progresso da Saúde dos Estados Unidos, quadro 7.

Quadro 4 - Síntese dos Pesquisadores da Nova Abordagem da Medicina Mente/Corpo

Pesquisadores	Teoria	Síntese Teórica
Friedman e Rosenman	Comportamento Tipo A: competitividade, agressividade, impaciência e cólera diante das protelações e frustrações diárias.	• um aspecto da mente era capaz de conduzir o corpo a uma doença cardíaca. • a hostilidade é um elemento importante do comportamento tipo A.
Neal Miller	Biofeedback:: é um método com o qual se domina um processo interno, mediante o aprendizado por tentativa e erro.	• o sistema autônomo era suscetível à mente. • se distúrbios são aprendidos e desaprendidos. • se as reações viscerais se tornassem visíveis, seria possível aplicar o condicionamento instrumental para controlá-las e modificá-las.
Robert Ader	Psiconeuroimunologia	• o sistema imunológico às vezes acatava as ordens da mente. • a capacidade do sistema nervoso central de afetar o sistema imunológico e, por intermédio deste, a saúde do corpo, estudado por meio de experiências estressantes e doenças relacionadas com a imunidade.
Candace Pert	Neuropeptídios e seus receptores formam uma rede no corpo inteiro, comunicando o cérebro com o sistema imunológico	• mente se comunica com o corpo por intermédio de neuropeptídios e, por eles e seus receptores, organiza, integra e prioriza a sua vida interna. • os sentimentos experimentados podem estar fora do cérebro, quando sentimentos afetam o estômago, se tem uma experiência biológica objetiva.
Theodore Barber	Hipnose (a mente descoberta por Barber é chamada de: mente consciente, a que move o corpo)	• hipnose e sugestão são a mesma coisa. • a sugestão é tão poderosa quanto a hipnose e esta em si não passa de um modo de pensar e responder a uma experiência. • mostrou a capacidade humana de transferir a imaginação e os sentimentos para o corpo.
Herbert Benson	Resposta de Relaxamento: mudanças fisiológicas, produzidas por técnicas, propiciando sensação de bem-estar.	• expressa a importância da associação entre os acontecimentos psicológicos estressantes e as mudanças fisiológicas, na medida em que afetam a saúde.
Gerald Epstein	Mentalização	• cura através da mente concentrada em imagens – mentalização, sem investigar causas psicológicas. • a mente tem seus próprios poderes, ultrapassando sentimentos e emoções.

FONTE: Elaborado pelo autor.

3.3.1 Friedman e Rosenman e o Comportamento Tipo A

Segundo Dienstfrey (1990), os cardiologistas Meyer Friedman e Ray Rosenman, no começo dos anos 50, observaram que as conclusões sobre as causas das doenças cardíacas mostravam-se incompletas. No tratamento diário de pacientes cardíacos eles se deparavam regularmente com pessoas que manifestavam uma postura emocional em

comum, o que os levou a acreditar que essa postura fosse outro elemento de contribuição à doença.

Estabeleceram uma hipótese de que as emoções estavam diretamente relacionadas com as doenças cardíacas, e a partir daí inúmeros testes sistemáticos identificaram que um padrão de comportamento, que denominaram tipo A, era mais propenso à doença cardíaca do que outro padrão de comportamento que se desviava desse comportamento, classificado por eles como tipo B.

Para Friedman e Rosenman, o padrão de comportamento tipo A caracteriza-se por competitividade, agressividade, impaciência e cólera diante das protelações e frustrações da vida diária, já o tipo B não compete compulsivamente e é mais descontraído (DIENSTFREY, 1990).

Em 1974, Friedman e Rosenman publicaram: O comportamento tipo A e o coração e em vinte anos de pesquisa eles conseguiram mostrar que um aspecto da mente era capaz de conduzir o corpo a uma doença cardíaca.

Os estudos que foram desenvolvidos dentro dessa linha de estrutura comportamental, avançaram no sentido de mostrar que a hostilidade é um elemento importante do comportamento tipo A, e foram publicados em 1989 por Williams Redford.

3.3.2 Neal Miller e o Biofeedback

Neal Miller (1972), um dos principais psicólogos experimentais dos Estados Unidos, em uma conferência na Academia de Ciências de Nova Iorque em 1961, afirmou que um sistema inteiro de reações do corpo podia ser influenciado pela mente. O ponto de interesse de Miller envolvia o sistema nervoso autônomo, que sozinho regula um complexo vital de processos internos do corpo, conhecidos como reações viscerais (DIENSTFREY, 1990).

Miller, em 1972, acreditava que, se as reações viscerais se tornassem visíveis, seria possível aplicar o condicionamento instrumental para controlá-las e modificá-las. E ressaltou que essa possibilidade tinha sérias implicações no tratamento de distúrbios considerados psicossomáticos, tais como pressão alta, freqüência cardíaca irregular e diversos distúrbios gastrointestinais. Esses distúrbios, invariavelmente, envolviam as reações viscerais do sistema nervoso autônomo. Se essas reações fossem passíveis de alteração por meio do condicionamento instrumental, isso significava que os distúrbios poderiam ter sido criados primeiramente pelo condicionamento instrumental. Por fim, se tais distúrbios haviam sido aprendidos, poderiam ser desaprendidos.

No início de 1970, Miller mostrou que o sistema autônomo, considerado impermeável ao controle da mente era suscetível a ela. Um dos resultados de seu trabalho foi o surgimento do campo do *biofeedback*, mais especificamente no aprendizado visceral. *Biofeedback* é um método com o qual se domina um processo interno, mediante o aprendizado por tentativa e erro. Por esse método, um indivíduo ou um animal é ligado a uma máquina que fornece informações sobre atividades fisiológicas pré-selecionadas, como ritmo cardíaco ou atividades viscerais, e acusa quando uma atividade atinge um nível ou velocidade inaceitável. O animal usualmente é submetido a choques e o ser humano pára de receber um sinal luminoso ou sonoro. O sujeito procura então trazer essa atividade aos níveis normais: no caso do animal, para suspender o choque; no caso do ser humano para resgatar o sinal. Para alcançar seu objetivo, a pessoa ou animal tenta por tentativa e erro, manipular sua reação interna (DIENSTFREY, 1990).

O processo de manipulação é misterioso, até mesmo para quem usa com sucesso o método. Seja como for, o novo controle é adquirido. Em 1967, Miller apresentou

publicamente os resultados de suas pesquisas no Encontro Anual da Sociedade Pavloviana da América do Norte. De 1971 a 1979, uma editora especializada em medicina comportamental publicou guias sobre *biofeedback* e autocontrole sendo Miller um dos editores. O *biofeedback* também é utilizado atualmente como terapia de apoio em distúrbios físicos, como dores, hipertensão e insônia, tratamento de origem neurológica e problemas gastrointestinais (DIENSTFREY, 1990).

3.3.3 Robert Ader e a Psiconeuroimunologia

No final dos anos 50, conforme Dienstfrey (1990), Ader defendia a idéia de que toda doença é psicossomática. Em 1960, ele estudou como os fatores fisiológicos ou psicológicos, em conjunto ou separadamente, atuavam para acelerar, retardar ou modificar o desenvolvimento das úlceras.

O mesmo autor acrescenta que, no fim da década de 60 e início da de 70, depois de muitos experimentos bem sucedidos Ader começou a trabalhar nos textos que esquematizariam os diversos fatores psicossomáticos que podem aumentar a suscetibilidade do organismo à doença. Porém os ratos morreram e ele percebeu a oportunidade de explorar um efeito psicossomático de maiores proporções: a possibilidade de o sistema imunológico não ser uma unidade inviolável, auto-reguladora e autônoma dentro do corpo, mas um sistema que às vezes acatava as ordens da mente.

E em 1981, Ader publicou o livro: Psiconeuroimunologia, expondo as investigações que mais nitidamente revelam a capacidade do sistema nervoso central para afetar o sistema imunológico e, por intermédio deste, a saúde do corpo, estudos da associação entre experiências estressantes e doenças relacionadas com a imunidade.

Dienstfrey (1990, p. 101) comenta com entusiasmo:

> "Trata-se de uma realização de vulto, deveria reformular o estudo da imunologia. Agora já é possível explorar com renovada confiança as conexões entre a mente, a coletora e seletora de experiências, e o desenvolvimento da doença infecciosa, que por quase um século vem sendo atribuída fundamentalmente a organismos patogênicos".

3.3.4 Candace Pert e os Neuropeptídios

O foco do trabalho da bioquímica Candace Pert são os neuropeptídios e os receptores. Neuropeptídios são substâncias químicas produzidas pelas células nervosas do cérebro, embora conste que possam ser fabricadas por células nervosas em outras partes do corpo. Cada neuropeptídeo tem seu próprio receptor. Uma vez que os neuropeptídios geralmente vêm do cérebro, são candidatos ao papel de mensageiros. Muitos estudos têm sido feitos sobre sua estrutura e a variedade de funções que desencadeiam, regulam ou interrompem. A ênfase desses estudos são os neuropeptídios, especificamente, seus receptores. (DIENSTFREY, 1990).

Descobriu, junto com seus colegas, que os receptores de todos os neuropeptídios identificados concentra-se em áreas específicas do cérebro e do resto do corpo. Acreditam que a mente se comunique com o corpo por intermédio de neuropeptídios e, por intermédio deles e de seus receptores, organize, integre e priorize a vida interna do corpo.

Pert iniciou em 1972 e em 1973 publicou suas descobertas na revista *Science*. Em 1985, publicou um artigo chamado: Os neuropeptídios e seus receptores: uma rede psicossomática. Nele constam as descobertas de um número considerável de receptores fora do cérebro e da medula espinhal: no intestino, nos testículos e ovários, nos rins e no monócito - célula imunológica que desempenha várias atividades de manutenção da saúde física, incluindo a defesa contra bactérias invasoras. Essas descobertas significam

que os sentimentos experimentados podem estar fora do cérebro e que quando se têm sentimentos que afetam o estômago, por exemplo, o indivíduo está tendo uma experiência biológica objetiva. E indicam, principalmente, que os neuropeptídios e seus receptores formam uma rede que cobre o corpo inteiro. Considera-se que o mais importante dessas descobertas é que o cérebro dessa forma pode se comunicar com o sistema imunológico (DIENSTFREY 1990).

3.3.5 Theodore Barber e a Hipnose

Segundo, Dienstfrey (1990) o psicólogo Theodore Barber define a hipnose como um estado de suscetibilidade à sugestão e que iniciou seus estudos em 1950, publicando em 1984 uma grande quantidade de exemplos de pessoas que modificaram, parcial ou totalmente, condições particulares do corpo, de acordo com comandos da mente, com o título: Mudando os imutáveis processos do corpo por sugestão (hipnótica): uma nova abordagem da hipnose, das cognições, da imaginação e do problema da conexão mente-corpo.

Em 1978, Barber publicou, nos *Annals of the New York Academy of Sciences*, um artigo intitulado: "Hipnose, sugestão e estados de consciência alterados", no qual, coloca que a sugestão é tão poderosa quanto a hipnose e que esta em si não passa de um modo de pensar e responder a uma experiência. Depois de muita discussão sobre a questão de que a hipnose e a sugestão são a mesma coisa, Barber conseguiu convencer aqueles que eram contra essa idéia, expondo que a sugestão poderia ser um componente de certos fenômenos associados à hipnose e, assim, certos fenômenos da hipnose poderiam ter lugar no curso normal da vida diária. Porém, nem toda sugestão altera o corpo. Barber também explica que as sugestões bem sucedidas são sugestões de fé e têm a eficácia de fé, têm credibilidade. Aqueles que se submetem a elas acreditam que sejam possíveis (DIENSTFREY 1990).

Barber realizou inúmeros experimentos mostrando a capacidade humana de transferir a imaginação e os sentimentos para o corpo. Os resultados são surpreendentes: restaurações de peles doentes, aumento de seios, modificação do nível de pressão arterial e da temperatura do corpo, entre outros. Esses experimentos foram descritos no artigo anteriormente mencionado e para Dienstfrey, a mente descoberta por Barber deve ser chamada de "mente consciente, a que move o corpo".

3.3.6 Herbert Benson e a Reação de Relaxamento

No final dos anos 50, de acordo com Dienstfrey (1990), o trabalho inicial de Benson sobre hipertensão tinha um paralelo com a abordagem de Friedman e Rosenman nos estudos do tipo A. Gradativamente o trabalho deste pesquisador mudou de enfoque. Nas pesquisas sobre diminuição da pressão arterial, ele se concentrou no que poderia ser chamado de técnicas mentais e corpo.

Em 1972, Benson discorreu sobre sua pesquisa a um grupo de psiquiatras e comentou haver observado que muitas técnicas meditativas, religiosas e de relaxamento produziam mudanças fisiológicas e que essas mudanças proporcionavam sensação de bem-estar. O cardiologista batizou essas mudanças de reação de relaxamento .

Já em 1975, Benson publicou: A reação de relaxamento, onde descreveu como grupos de hipertensos que meditavam regularmente tiveram êxito em reduzir sua pressão até os níveis normais. No livro, ele discutiu a hipertensão como uma conseqüência grave do *stress* negativo, que ele denominou super-*stress*.

E em 1984, o cardiologista publicou: Além da reação de relaxamento, afirmando que esta terá efeitos mais profundos se as pessoas usarem palavras ou frases que

evoquem suas crenças mais íntimas. E no livro: Sua mente máxima, publicado em 1985, Benson declara que as pessoas, com a técnica de relaxamento desenvolvida por ele, têm maior capacidade de mudar e escolher novas direções. A técnica de Benson é utilizada por médicos e terapeutas como orientação psicológica para auxiliar na redução da ansiedade e agitação.

Benson, em todas as suas obras, deixa expressa a importância da associação entre os acontecimentos psicológicos estressantes e as mudanças fisiológicas, na medida em que afetam a saúde (DIENSTFREY 1990).

3.3.7 Gerald Epstein e a Mentalização

Gerald Epstein é um psiquiatra que utiliza a mentalização para curar distúrbios físicos; todos, sem exceção. Se a doença é mais grave, o tratamento inclui sessões de psicoterapia. Embora não seja contra as prescrições de medicamentos, o método fundamental de Epstein consiste na cura através da mente concentrada em imagens (DIENSTFREY 1990).

O uso que Epstein faz da mente consciente, pode ser associado às descobertas de Theodore Barber porque utiliza imagens sugestivas nos exercícios de mentalização. Em 1989, Epstein publicou o livro "Visualizações que curam" e, nele descreve exercícios que foram testados no laboratório da prática clínica e que na maior parte dos casos devem funcionar para todas as pessoas.

Um traço marcante nos estudos de Epstein, demonstrado em seu livro, é o argumento de que a mente, por meio da mentalização, pode atuar sobre um distúrbio sem investigar suas causas, particularmente as causas psicológicas (DIENSTFREY 1990).

Epstein acredita que as emoções e as relações sociais participam integralmente de muitos distúrbios físicos. Para ele, existem nítidas associações entre certas moléstias e desequilíbrios emocionais e sociais particulares. Os problemas coronários, por exemplo estão relacionados com problemas afetivos, e distúrbios do pâncreas podem envolver sentimentos de raiva contra si mesmo ou contra outros. Segundo Dienstfrey (1990), o trabalho de Epstein mostra que a mente tem seus próprios poderes, ultrapassa sentimentos e emoções.

Como foi visto neste capítulo, a maioria dessas abordagens da medicina mente/corpo para lidar com o *stress* percebe-se que as quatro primeiras abordagens - Comportamento do Tipo A, Biofeedback, Psiconeuroimunologia, Neuropeptídeos - comprovam a interferência da mente sobre o corpo, enquanto que as outras três abordagens – Hipnose, Resposta de Relaxamento e Mentalização, enfatizam o poder da mente concentrada em controlar o corpo físico seja por sugestão, por mentalização ou por meditação. Parece que a combinação destas sete abordagens para o *stress* resgata, assim, a questão interdisciplinar de Japiassú (1976), em que as disciplinas permutam informações.

No sentido de corroborar as orientações atuais as pesquisa científicas, vem esta pesquisa que irá se aprofundar os estudos sobre o poder da mente concentrada em controlar o corpo através das técnicas de meditação que realiza essa interdisciplinaridade prevista na medicina mente/corpo.

4. REVISÃO INTEGRADA DA LITERATURA SOBRE MEDITAÇÃO

O crescente interesse sobre as práticas de meditação, tanto entre o censo comum quanto no campo da pesquisa científica, nos Estados Unidos e na Europa, asseguram efetivas e econômicas alternativas que são importantes e necessárias para complementar à saúde pública convencional, resultantes de dois aspectos: primeiro, o custo da medicina moderna está crescendo devido à complexidade e sofisticação dos tratamentos atuais; e segundo, existe um número escalonar de assim chamadas "*doenças da civilização*" onde a cirurgia convencional, a psicoterapia e os tratamentos farmacológicos são apenas parcialmente efetivos (LOIZZO, 2000).

Entre estas doenças está o *stress* exacerbado que provoca: ansiedade, depressão e maior predisposição a doenças cardíacas e ao câncer. Com o intuito de uma saída para esta situação, os pesquisadores ocidentais têm buscado, para o sistema convencional de cura, descobertas provenientes de outras partes do mundo, tais como a meditação e yoga, exemplos não invasivos, regimes de auto-cura que são sustentados pela experiência prática oriental e milenar (DAVIDSON e HARRINGTON, 2001; GOLEMAN, 1979, 1981, 2003a, 2003b; GYATSO, 1997; GYATSO, BENSON, THURMAN, GARDNER E GOLEMAN, 1991; HAYWARD e VARELA, 2001; HOUSHMAND, LIVINGSTON e WALLACE, 1999; ZOJONC, 2004).

Como parte dos esforços de muitas pesquisas científicas, e de modo cada vez mais crescente, está a corrente de estudos embasados em meditação para redução e/ou controle do *stress*, uma vez que surgem evidências científicas relacionando a meditação à etiologia de uma série de desordens somáticas e psiquiátricas normalmente manifestas em pessoas altamente estressadas.

Alguns aspectos comuns encontrados nos estudos científicos recentes ao ato de meditar, são, entre outros benefícios, o de prevenir e combater a depressão, a hipertensão arterial, a dor crônica, a insônia, a ansiedade e os sintomas da síndrome pré-menstrual, além de ajudar a reduzir a dependência de drogas. Esses estudos mostram que a meditação reduz o metabolismo - os batimentos cardíacos e a respiração ficam mais lentos e o consumo de oxigênio pelas células cai (SOLBERG, 1996). É isso, segundo o autor, que dá a sensação de relaxamento e tranqüilidade As mesmas pesquisas sugerem que a prática da meditação também interfere no funcionamento do sistema nervoso autônomo, que é responsável, por exemplo, pela liberação dos hormônios noradrenalina e cortisol durante os momentos de *stress*. Em quem medita, a duração das reações de alarme são mais curtas. Dessa forma, a pressão do sangue e a força de contração do coração ficam alteradas por pouco tempo, comprometendo menos a saúde (SOLBERG, 1996).

E como resultante dos esforços no campo da pesquisa científica sobre a meditação, a agência do governo dos EUA responsável pelas pesquisas médicas "*National Institutes of Health*" (NIH, na sigla em inglês) reconheceu formalmente em fevereiro de 2006, a meditação como prática terapêutica que pode ser associada à medicina convencional (WESTIN, 2006). Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde brasileiro baixou a Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006 (Ministério da Saúde, 2008), aprovando a nova Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Esta Portaria incentiva postos de saúde e hospitais públicos a oferecer a meditação em todo o país. Essas ações governamentais são sinais da tendência de ver a meditação não simplesmente como prática de bem-estar, que faz bem apenas à mente e ao espírito. Parar diariamente alguns minutos para se concentrar e se

desligar do turbilhão de pensamentos que ocupam constantemente a cabeça também ajuda a manter a saúde física.

Neste sentido, a meditação é diferente da medicina convencional porque quem cuida de você não é o médico, e sim você mesmo, explica a médica anestesista Kátia Silva, que coordena as atividades de meditação no Hospital Municipal Vila Nova Cachoeirinha, em São Paulo. Nesta cidade, 70% dos postos de saúde oferecem atividades da chamada medicina oriental, que inclui acupuntura, *Tai Chi Chuan* e Meditação (WESTIN, 2006). Morais (2001) corrobora, afirmando que está sendo oferecido meditação para pacientes como terapia complementar em hospitais brasileiros como no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (MORAIS, 2001).

Contudo, é relativamente recente o histórico de pesquisas científicas ocidentais sobre meditação, uma vez que começaram de modo mais sistemático a partir da década de 1950, e tenha rapidamente se tornado tema principal de estudos de diversas áreas do conhecimento, fato comprovado através de uma pesquisa com a palavra meditação no acervo on-line da Biblioteca Nacional de Medicina do governo americano, que traz 1.400 estudos científicos.

Assim, por estar sendo este tema muito pesquisado nos últimos 50 anos pela área da Saúde, o objeto desta pesquisa é o estudo da meditação e seu potencial de redução do *stress*, sendo apresentado a seguir, um breve histórico das principais vertentes seguidas pelas pesquisas científicas ocidentais sobre meditação e saúde.

4.1 Histórico das Pesquisas Científicas Ocidentais sobre Meditação

As pesquisas científicas ocidentais sobre meditação iniciaram-se nos Estados Unidos da América (USA) na década de 1950 através de estudos visando o confronto entre a psicologia da meditação oriental e a ciência física ocidental. Desde esta época, as pesquisas já apontavam para a complementaridade de ambos os enfoques: enquanto a ciência se utiliza de análises reducionistas para descrever processos mentais em termos mecanísticos da perspectiva externa, a meditação se utiliza tanto de análises objetivas quanto subjetivas para descrever processos mentais em termos experienciais da perspectiva interna.

De acordo com o renomado médico psiquiatra e alquimista Carl Gustav Jung, que já abordava o tema meditação por volta da década de 1930, a meditação é um diálogo criativo mediante o qual as coisas passam de um estado potencial inconsciente para um estado manifesto. O tema meditação foi tratado inicialmente em textos do volume XII de sua obra Psicologia e Alquimia, sendo posteriormente intensamente pesquisada e experienciada por ele, a ponto de ter redigido um extenso prefácio na obra: Introdução ao Zen-Budismo de D. T.Suzuki (1969), e juntamente com R. Wilhelm, publicado a obra: O Segredo da Flor de Ouro, um manual clássico de meditação budista e taoísta, escrito a partir da tradução de um velho texto chinês “Tai I Ging Hua Dsung Dschi”.

Em 1960, Erich Fromm, D. T.Suzuki e Richard De Martino publicaram o livro “Budismo Zen e Psicanálise” fornecendo um dos primeiros exames teóricos interculturais entre ocidente e oriente, aumentando o interesse da academia em comparar suas visões psicológicas. Esta obra deu origem a um diálogo produtivo concentrado na integração de antigas práticas contemplativas Budistas com a psicoterapia e a psiquiatria ocidentais.

Durante as décadas de 1960, 70 e 80, a técnica denominada de "Meditação Transcendental" (MT) passou a ser o centro dos estudos ocidentais sobre meditação. Esta prática meditativa, embasada em uma técnica oriental de concentração mental, fora introduzida no USA por Maharishi Mahesh Yogi, tendo tido adeptos famosos como astros de Hollywood e os membros do grupo "The Beatles", tornando-se bastante popular a partir do final da década de 60.

Foi publicada em 1970, uma tese de doutorado realizada por Wallace, na Universidade da Califórnia, aponta a MT como um quarto estado de consciência: o estado hipometabólico, alcançado pós o de sono profundo, e capaz de produzir melhoras nas condições médicas de asma, angina, hipertensão, bem como o aumento na auto-estima, criatividade, independência e auto-realização. Neste trabalho, o autor define a meditação como um estado diferenciado de consciência (Wallace, 1971) e que seria responsável por uma série de alterações metabólicas tais como a redução do consumo de oxigênio e dos batimentos cardíacos, o aumento da resistência galvânica da pele, o aumento da intensidade de ondas alfa lentas, e a ocasional atividade de ondas teta. (WALLACE, 1970).

Nesta época já haviam outros trabalhos científicos publicados a respeito de técnicas de meditação porém, estes dois trabalhos de Wallace, pelo impacto provocado, atraíram a atenção de diversos pesquisadores que passaram a se envolver no estudo das técnicas meditativas (Orme-Jonhson e Farrow, 1977). Atualmente, os estudos sobre MT contam com um banco de dados de 508 pesquisas sobre seus efeitos fisiológicos, psicológicos, sociológicos e teorias produzidas na University Maharishi (ORME-JONHSON, 2006).

Em paralelo, a partir de 1968, Herbert Benson no Instituto Médico da Escola de Medicina da Universidade de Harvard iniciou um estudo com adeptos da meditação a fim de registrar mudanças em diversas funções fisiológicas, do ritmo respiratório às ondas cerebrais. Os resultados permitiram observar alterações fisiológicas radicais depois de iniciado o período de meditação. Vários aspectos do metabolismo – as funções de manutenção básicas que mantêm em operação o organismo – sofreram uma queda significativa durante a meditação, embora já estivessem operando em um nível baixo quando os voluntários descansavam antes da meditação. A este estado de alterações metabólicas encontradas durante sessões de meditação, foi denominado pelo autor de "Resposta de Relaxamento" (BENSON, 1972).

Logo em seguida, os estudos de Benson voltaram-se para as práticas budistas de "*gTummo*" dos monges tibetanos, descobrindo que estes controlavam processos autônomos, sendo capazes de voluntariamente aquecer seus corpos a ponto de secar a umidade de lençóis enrolados em seus corpos, chegando até o ponto de produzir vapor de modo visível. Entretanto, os estudos de Benson não se aprofundaram o suficiente, a ponto de reconhecer o propósito essencial dos monges com estas práticas, que é o de reunir e purificar as energias passionais, sexuais e de agressividade, dos *chakras* e redirecioná-las em direção ao egocentrismo, ao medo da morte e a percepção equivocada da realidade (THURMAN, 1997).

Na década de 1980 até meados dos anos 1990, as pesquisas realizadas por Benson na Escola de Medicina da Universidade de Harvard se concentraram no estado de "Reposta de Relaxamento" provocado pela técnica de meditação de observação da respiração em ritmo sereno com uma atitude de não julgamento - método de concentração eficaz na reversão dos padrões de resposta de luta ou fuga, na redução da hipertensão, diminuição de dores de cabeças, redução no consumo de álcool, diminuição de doenças cardíacas e de desordens psiquiátricas tais como ansiedade (Kabat-Zinn *apud* GOLEMAN, 1997).

Iniciando-se em 1980, no centro médico da Universidade de Massachusetts, Kabat-Zinn desenvolve estudos sobre a meditação budista *Vipassana* – meditação da plena atenção – ou como denominada simplesmente em Inglês "*Mindfulness*", já reconhecida no ocidente como sendo eficaz para a redução dos sintomas da doença cardíaca, do câncer, da dor crônica, da síndrome do cólon irritável, da hipertensão, de dores de cabeça, de infertilidade, de insônia, de HIV e de AIDS, tanto quanto para desordens do *stress* e de ansiedade.

Em 1982, Kabat-Zinn propõe o "Programa de Redução do *Stress* baseado na meditação *Mindfulness* (MBSR)", (Salmon, Santorelli, Kabat-Zinn, 1998), que se tornou no mais promissor programa de redução do *stress* estudados nos últimos quinze anos, e inserindo a prática meditativa na medicina comportamental. O conceito desta meditação, cuja origem está nas práticas orientais meditativas (Hanh, 1976), despertou, logo no início dos anos de 90, o interesse de clínicos fora da área da medicina comportamental. O programa MBSR tomou de assalto às terapias comportamentais contextualistas, que já tinham afirmado sua identidade durante a década anterior (Zettle e Hayes, 1986; Kohlenberg e Tsai, 1987; Linehan, 1987) e se estabeleceu como uma característica central destas (HAYES, 2004). passando, então, os esforços científicos ocidentais a se concentrar na prática meditativa de *Mindfulness* (SPECA, CARLSON, GOODEY, ANGEN, 2000).

Em 1987, Hayes baseou a chamada "Terapia da Aceitação e do Compromisso – ACT" na meditação *Mindfulness*, objetivando que as pessoas com ansiedade adotem a noção de "Eu" como perspectiva e não como conteúdo. A intenção desta terapia é a de aumentar a consciência da pessoa sobre sua vivência interior (emoções, pensamentos, sensações) através da observação e aceitação. A aceitação de sentimentos e sensações facilita a disposição para agir num mundo não controlável com a condição de se envolver ativamente, ao invés de vivê-lo na imaginação. Nesta perspectiva, a pessoa não é seu fluxo de consciência - já que todos os conteúdos passam, enquanto ela permanece. Aprende a tomar a posição de observador, permitindo um contato íntimo com os conteúdos e o fluxo dos momentos da vida, sem se confundir com estes, podendo enxergar o sentido mais amplo dos mesmos. Assim, a pessoa torna-se capaz de agir de acordo com seus valores e não sob o controle dos contextos sócio-verbais patogênicos, além de enfraquecê-los (MARLATT, 1994).

Kohlenberg, Tsai e Dougher publicaram em 1993, um estudo que compara a meditação Mindfulness à "Terceira Onda da Terapia Comportamental", uma vez que esta busca regular a intenção da atenção, centrada na vivência imediata, permite a detecção de eventos no momento em que ocorrem, e envolve a orientação para a experiência, caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação. O resultado da prática meditativa é que a pessoa não fica presa na elaboração automática e desnecessária da experiência e de suas associações, que levam a processos de ruminação. Esta prática libera recursos cognitivos presos nessa elaboração secundária da vivência, levando à capacidade de processar diretamente maior variedade de eventos, e possibilitando uma perspectiva mais ampla das vivências (KOHLENBERG, TSAI, DOUGHER, 1993).

Neste mesmo ano, Linehan propôs a "Terapia Dialética Comportamental" baseada na meditação Mindfulness, que desenvolve as habilidades sociais, visando especificamente, o transtorno de personalidade *borderline*. Para a pessoa com este transtorno, a meditação *Mindfulness* é uma habilidade útil para o enfrentamento de emoções e desejos extremos e contraditórios. Representa a construção do meio termo, sem precisar abrir mão de sentimentos contraditórios, mas genuínos, sem abrir mão das posições fortes, e sem tentar controlar ou reprimir sentimentos intensos. O objetivo é praticar e vivenciar a mente sábia (VANDENBERGH, SOUSA, 2006).

Em 1995, Segal, Williams e Teasdale no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Oxford, desenvolvem a "Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* - MBCT", destinada a pessoas que sofrem de depressão. A meditação *Mindfulness* permite a pessoa aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional, e, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada sobre os pensamentos depressogênicos que surgem (SEGAL, 2002).

Parks e Marlat, na Universidade de Washington em 1999, desenvolveram juntamente com S. N. Goenka, cursos de meditação *Vipassana* (*Mindfulness)* para aplicação em presidiários a fim de reduzir a reincidência do uso de drogas, de diminuir a ansiedade, a depressão e a hostilidade (JANAKA, 2007).

Desde então, o aumento do interesse científico e popular pela meditação tem sido perceptível, uma vez que se tornou assunto de periódicos, eventos científicos, e ainda matéria de capa de revistas e jornais. Este tema tem despertado no mínimo, curiosidade, fazendo com que uma série de livros sobre o assunto seja vendida nos últimos anos, resultando numa série de adeptos a esta prática. O obstetra brasileiro, Roberto Cardoso, autor do livro "Medicina e Meditação - Um Médico Ensina a Meditar" publicado em 2005, diz que muitos profissionais de saúde ainda têm preconceitos, mas isso deve mudar. A meditação começa a trilhar os passos da Acupuntura, que já é um recurso terapêutico reconhecido pela classe médica. (WESTIN, 2006).

A noção sobre meditação que já estava implicitamente presente em práticas clínicas tradicionais devido aos estudos iniciados a partir de 1950, talvez explique a rápida absorção de um conceito aparentemente exótico por comunidades tão conscientes da sua herança conceitual como as dos terapeutas comportamentais e cognitivos, uma vez que o programa de redução do *stress* baseado em meditação *Mindfulness* rapidamente se adentrou mais de duzentas importantes instituições nos Estados Unidos. Alem disso, os livros e programas guiados de meditação *Mindfulness* descrevem a prática de meditação de modo tão simples e convincente, que esta prática de meditação se tornou um modo de vida para milhares das pessoas (TEASDALE, J.D. *et al* 2000).

Os relatos de diversas pesquisas com meditação *Mindfulness* têm sugerido benefícios substanciais para indivíduos sofrendo de dor crônica, fibromialgia, câncer, desordens de ansiedade, depressão e os *stress*s de contextos os mais diversos tais como escolas de medicina e a vida prisional (SPECA, 2000; TEASDALE, 2000; SHAPIRO, 1998).

Dado os resultados muito positivos relacionados com as intervenções baseadas na prática da meditação *Mindfulness*, Grossman *et al* (2004) se propuseram a comparar entre si os resultados destas intervenções, visando realizar uma revisão meta-analítica de todas as investigações accessíveis, publicadas ou não, relacionadas com benefícios para a saúde através do emprego do programa de redução do *stress* baseado em meditação *Mindfulness* - MBSR. O objetivo foi o de prover bases empíricas para a avaliação da existência ou não de evidências de que o MBSR melhora sistematicamente as dimensões da saúde, entre os doentes crônicos e outros, quais e quão vastos são seus benefícios específicos, e se uma avaliação mais extensiva é requerida para a avaliação do MBSR. Os resultados desta pesquisa meta-analítica sugerem a utilidade do MBSR como uma intervenção para uma ampla gama de desordens e problemas crônicos. Conforme descrito por Grossman e seus colaboradores (p.9), "o consistente e significativo nível de efeitos medidos através de diferentes tipos de amostras, indicam que de fato, o treinamento na meditação *Mindfulness* pode aumentar a capacidade de lidar com o *distress* e as deficiências na vida diária, assim como em condições extraordinárias de desordens sérias ou *stress*".

Apesar de que várias das investigações científicas ocidentais apontarem benefícios de longo prazo, muitas pesquisas são ainda necessárias para confirmar os resultados da meditação. Entretanto, com relação à abordagem da meditação, estudos independentes sugerem a validade de seus resultados, e assim, merecem uma especial consideração da comunidade científica.

Assim, tendo em vista, corroborar as recentes recomendações das pesquisas científicas ocidentais quanto à necessidade de novas investigações sobre os benefícios específicos inerentes à prática exclusiva da meditação *Mindfulness* já consolidados na medicina comportamental, esta presente pesquisa de doutorado se concentra em investigar os benefícios específicos e exclusivos da meditação *Vipassana* para redução do *stress*, mantendo os mesmos protocolos dos programas MBSR, porém dispensando toda e qualquer outra ferramenta terapêutica que compõe o conjunto deste programa, visando assim, o conhecimento de seu potencial exclusivo. Os resultados alcançados por este experimento são descritos nos Capítulos 5 e 6 desta Tese.

4.1.1 Definição de Meditação *Mindfulness*/*Vipassana*

Tradicionalmente, meditação era um termo usado para os modos espirituais de práticas de introspecção que dão forma à consciência. Recentemente, o termo meditação tem sido usado na literatura médica, mais freqüentemente, como um meio secular (não ligado a ordens religiosas) para ajudar a treinar a atenção de alguém, indicando uma mudança para uma definição mais ampla – ou mais comum (Kabat-Zinn, 1994).

Pode-se adotar de modo geral, a definição de Jonhson (1995, p.12) que apresenta a meditação como: "A ampla variedade de atividades que procuram expandir e ressaltar o alcance da mente e seu funcionamento possível, produzido quase sempre pelas formas de disciplina sensório-motora, entre as quais figuram o permanecer sentado em silêncio, o relaxar-se, o cerrar os olhos, o respirar de modo consciente e o adotar um objeto da consciência.(...) é antes uma técnica, um modo de desenvolver a consciência".

Pensando em uma conceituação técnica operacional de meditação, Cardoso (2005) a define como um procedimento que se utiliza de alguma técnica específica, claramente definida, envolvendo estado alterado de consciência, com relaxamento muscular em algum ponto do processo e relaxamento da lógica; é um estado necessariamente auto-induzido, utilizando um artifício de auto-focalização - cognominado de âncora - e valorizando a auto-percepção não sensorial - um contato com conteúdos internos, sem análise, sem objetivo precípuo, sem expectativa e sem participação sensorial, pouco experienciada na vigília.

Os trabalhos de Mandle, Jacobs, Arcari e Domar, em 1996, apontaram que existia em torno de 1000 estudos sobre meditação que podiam ser encontrados na literatura. Atualmente há mais de 1.500 (GREMER, RONALD e FULTON, 2005). Este aumento reflete um crescente interesse na determinação e verificação dos benefícios da meditação à saúde.

As primeiras pesquisas ocidentais sobre meditação continham um erro de percepção referente às técnicas meditativas. Esta falha corresponde à crença de que todas as técnicas de meditação são iguais ou parecidas, contradizendo os efeitos psicológicos únicos, valor terapêutico e até mesmo as complicações potenciais associadas a diferentes práticas (DUNN, HARTIGAN e MIKULAS, 1999).

Desde a década de 1950, os médicos ocidentais, psicólogos e pesquisadores da saúde tinham estudado os efeitos psico-fisiológicos de vários tipos de meditação, resultando em diversas revisões da literatura (Barrows e Jacobs, 2002; Banadonna, 2003; Jarrell, 1985; Murphy e Donovan, 1999; D. H. Shapiro e Walsh, 1983; West, 1987).

Na atualidade os esforços de investigação científica concentram-se na técnica de meditação *Mindfulness* (*Vipassana*) devido sua aderência não só a medicina convencional quanto à psicologia clínica, tornando-se mundialmente reconhecida.

> *"Vipassana* se origina da palavra *sati* em Pali e da palavra *smirti* em Sânscrito, as quais conotam percepção – consciência -, atenção e lembrança. O antecedente e o subseqüente da consciência são, respectivamente, percepção e atenção. Percepção fornece um mapeamento global e um monitoramento contínuo da experiência, enquanto a atenção aumenta a sensibilidade a respeito de uma quantidade restrita de experiência, permitindo um aprofundamento do foco ou da investigação de alguém" (NEALE, 2006, p.3).

O termo lembrança é também fundamental, dado o fato de que *Mindfulness* (percepção, atenção e lembrança) é a intenção contínua de ficar no presente e voluntariamente privar-se de ação mental que atrapalha a unidade: percepção e atenção (GREMER, RONALD e FULTON 2005).

Mindfulness tem adquirido variadas definições, tais como "satisfazer a atenção de um modo particular: num propósito no presente momento e evitando julgamento" (Kabat-Zinn, 1994, p.4), como "trazendo para alguém uma atenção completa para a experiência presente numa base momento-a-momento" (Marlatt e Kristeller, 1999, p.68); e simplesmente como "controle da atenção" (Teasdale, Segal e Williams, 1995, p.54).

A descrição mais orientada psicologicamente define *Mindfulness* como um "estado flexível da mente" (Langer, 1989, p.70); como um processo cognitivo que emprega a criação de novas categorias receptivas a novas informações e percepção – consciência – de mais do que uma perspectiva. De acordo com Hirst (2003, p.360): "para ser *mindful* requer a pessoa, atenção para estar conscientemente atento da natureza emergente do fenômeno na consciência e para reconhecer a natureza das conexões produzidas por este fenômeno em relação a suas ocorrências".

Mindfulness é mais do que um processo cognitivo, uma função de percepção; é "consciência da experiência presente com aceitação" (GREMER *et al*, 2005, p. 7). Kabat-Zinn (1994) e Shapiro, Schwartz e Bonner (1998) listam doze qualidades ou atitudes que sustentam a prática da *Mindfulness*, incluindo evitar julgamentos, sem esforço, aceitação, paciência, confiança, receptividade, deixar ir – desprender-se da experiência, gentileza, generosidade, compreensão, gratidão e ternura.

A meditação budista do Mestre vietnamita Nat Hanh (1976, p.11) define *Mindfulness* como "mantendo a consciência de alguém, ativa para a presente realidade"; enquanto que, o monge e acadêmico budista alemão Nyanaponika (1972, p.5), descreve-a como "a clara e única consciência – percepção – inteligente que realmente acontece para ou em nossos contínuos momentos de percepção". O monge Sri Lankan, Gunaratana (1991), promove a mais esotérica explicação, determinando que *Mindfulness,* não pode ser a capturada completamente em palavras porque é tão sutil, não verbal, além da concepção e, no fim das contas, por ser mais experienciada.

Para os interessados num modelo, Langer (1989) examinou o modelo cognitivo de *Mindfulness* sem ênfase no arcabouço meditativo. *Mindfulness* pode ser, contrastada com falta de atenção, um estado do ser como se este estivesse ligado no piloto automático, envolvendo preocupação, tendência ao esquecimento, descuidar, desatenção, afastamento de pensamentos e sentimentos e resposta habitual (BROWN e RYAN, 2003).

A falta de atenção é distinguida da *Mindfulness* por comportamentos que são guiados pelo hábito, aprisionados por rígidos conjuntos mentais e obviamente pelo tempo, contexto ou perspectivas desconhecidas (LANGER, 1989).

Ainda que o interesse na *Mindfulness* tem crescido nos último dez anos, vários pesquisadores (Bishop, 2002; Feldman, Hayes, Kumar e Greeson, 2004) tem argumentado que o termo, ele mesmo, necessita ainda ser suficientemente operacionalizado, com isso a pesquisa fica comprometida e torna-se ela de difícil mensuração a sua construção de validade. Em resposta, Bishop et al (2004) recentemente propôs para os seguidores de *Mindfulness* a sua definição operacionalizada: atenção prolongada da experiência presente com uma atitude de receptividade, curiosidade e aceitação**.**

Em geral, tais variações na definição dependem do campo da psicologia no qual o assunto é discutido, clinicamente ou não. Definições clínicas são mais consistentes com o conceito tradicional de *Mindfulness* no Budismo, enfatizando a consciência – percepção – do presente momento com atitudes de aceitação e de evitar julgamentos dirigidos a experiências desagradável e agonizantes – de *distress* ou negativamente estressantes. Definições não-clínicas dão ênfase em conceitos de aprendizagem e criatividade (NEAL, 2006).

Mindfulness tanto é um estado psicológico de receptividade consciente – perceptiva -, que uma prática sistemática de meditação que é usada para desenvolver a habilidade de evitar julgamento na recepção perceptiva. Para o restante desta pesquisa, o termo *Mindfulness* se refere à prática de meditação existente na atualidade no ocidente, uma vez que esta é oriunda da prática Budista da Plena Atenção (*Vipassana*) reconhecida como meditação *Mindfulness* (Skt, smirti; Pali, sati).

4.1.2 Meditação *Mindfulness*/*Vipassana* neste Estudo

Ainda que meditação *Mindfulness*, oriunda da prática Budista da Plena Atenção (*Vipassana*), tenha se originado há 2.500 anos atrás na tradição pan-asiática budista é agora relevante para as áreas médicas e psiquiátricas contemporâneas do ocidente. Juntamente a outras práticas meditativas pesquisadas nos últimos 50 anos, meditação *Mindfulness* tem progredido para um conceito relativamente não familiar, de uma técnica controversa e mal compreendida, para uma intervenção terapêutica de modo geral aceita e com comprovada eficiência. Um grande número de estudos empíricos concentrando-se, especificamente, na meditação *Mindfulness* tem surgido recentemente na literatura (Baer, 2003; Banadonna, 2003; Bishop, 2002; Brown e Ryan, 2003; Gremer et al, 2005; Grossman, Niemann, Schmidt e Walach, 2004; Hirst, 2003; Loizzo, 2000); vários protocolos padronizados de tratamento incorporando *Mindfulness* estão atualmente disponíveis (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999; Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993b; Loizzo, 2004; Marlatt e Gordon, 1985; Segal, Williams e Teasdale, 2002); mais de 240 hospitais e clínicas americanos e no exterior oferecem a pacientes programas de saúde baseados em meditação *Mindfulness* (Salmon, Santorelli e Kabat-Zinn, 1998); e a iniciativa do Instituo Nacional de Saúde em fundar tais centros reflete um consenso entre os profissionais sobre sua relação de custo/benefício e o valor clínico verificado (GOLEMAN e GURIN, 1993).

Como a visibilidade e a utilidade da meditação *Mindfulness* crescem na cultura ocidental, clínicos e pesquisadores serão solicitados por seus pacientes e colegas a avaliar as descobertas empíricas atuais sobre esta técnica meditativa, que a recomendam clinicamente como tratamento seguro e discutem com discernimento sobre sua natureza, benefícios e limitações. Isto pode propor uma inesperada dificuldade, dado que apenas numa determinada época passada, técnicas meditativas foram disseminadas como um placebo ou como um obsessivo ritual religioso de culturas estrangeiras (LOIZZO, 2000). Sendo assim, torna-se imprescindível uma investigação que integre o Budismo

clássico com as descobertas empíricas ocidentais contemporâneas a respeito da meditação, que será realizado a seguir através de uma revisão da literatura.

As descobertas empíricas ocidentais fornecem uma visão geral dos efeitos potenciais e dos benefícios da meditação *Mindfulness*, enquanto enquadradas terapeuticamente num rico paradigma a partir daquele que a originou, que é o Budismo. O desenvolvimento do suporte empírico e popular demanda por abordagens integradoras de saúde e bem-estar produzidas por uma revisão das evidências empíricas precisas e atuais da meditação *Mindfulness*. Do mesmo modo, que um estudo seria útil para os indivíduos no setor público como para aqueles que desejam efetuar uma escolha com informações sobre suas opções de tratamentos de saúde e ainda para os profissionais que querem desenvolver bases complementares aos tratamentos (NEAL, 2006).

O propósito de integrar as perspectivas do Budismo, da ciência e da clínica relativos aos efeitos da meditação *Mindfulness*, é adequado para fornecer mais uma abrangente demonstração deste assunto, incluindo checimentos empíricos e clínicos promovidos pela pesquisa ocidental, contextualizada na tradição budista da qual se origina (A. C. WALLACE, 2003, 2005).

Sendo assim, esta revisão da literatura integrará o Budismo clássico as pesquisas empíricas ocidentais sobre *Mindfulness*.

4.2 Pesquisa Ocidental sobre Meditação Integrada ao Budismo Clássico

Os fatores anteriores se justificam, uma vez que o estudo da meditação no ocidente tem sido um assunto das pesquisas empíricas por mais de 30 anos (Murphy e Donovan, 1999), suplementado por 1.500 publicações sobre esta meditação (Gremer et al, 2005). À medida que um subconjunto desta extensa investigação, tem sido o foco de atenção na última década (Baer, 2003); podendo ser considerado um assunto maduro que necessita de consolidação e síntese, a meditação *Mindfulness* deve continuar a ser investigada (NEAL, 2006).

Também há diversos relatos conflitantes na literatura científica ocidental dos últimos dez anos, sobre os efeitos da *Mindfulness*, especificamente quanto a uma possível classificação desta como um estado distinto de consciência (Holmes, Solomon, Cappo e Greenberg, 1983), que tipo de atividade cerebral ela produz (Davidson et al, 2003), e mais notavelmente, seus mecanismos causais e seu potencial para ser transformada em terapia (BAER, 2003; LOIZZO, 2000).

Já se desenvolveu na compreensão ocidental sobre meditação *Mindfulness*, o entendimento desta como crescente colaboração inter-cultural, diálogo entre budistas contemplativos e acadêmicos, cientistas e pesquisadores ocidentais (B. A. WALLACE, 2003, 2005).

Além do mais, a meditação *Mindfulness* não é um assunto distante, confinado no campo da medicina comportamental; de certa forma, tem expandido dentro dos domínios da psicologia clínica e mais recentemente dentro da neurociência cognitiva (Neal, 2006). Para refletir este último ponto, a presente revisão examina: a utilidade e os efeitos da meditação *Mindfulness* desde a perspectiva budista e os efeitos terapêuticos e a eficiência aplicada a *Mindfulness* em vários contextos de tratamento de perspectiva clínica.

Assim, a presente revisão é uma tentativa de contribuir para o interesse da pesquisa na origem da psicologia budista, uma área que tem sido deliberadamente

despercebida (B. A. Wallace, 2005, 2006), uma vez que o conceito atual de *Mindfulness* é o de uma técnica mente/corpo que é benéfica quando integrada com outras psicoterapias comportamentais e cognitivas (Lau e McMain, 2005; Roemer, 2002). Ampliando esta percepção e concordando com o estudo de Neal (2006) que fornece uma estrutura conceitual alternativa, estabelecendo a meditação *Mindfulness* como uma técnica terapêutica auto-suficiente e confiável dentro de um coerente e sofisticado sistema psicológico, que será considerado nesta pesquisa.

4.2.1 Meditação no Budismo Antigo

O Budismo, contrariando a crença popular, é mais do que uma religião asiática e sim, uma tradicional psicologia que oferece aos indivíduos métodos precisos e sofisticados de auto-reflexão e auto-correção concentrados no alcance da saúde e da felicidade (LOIZZO, 2006b).

As bases do Budismo estão agrupadas sob as "*Quatro Nobre Verdades*", um modelo de tratamento que delineia o diagnóstico, a etiologia, o prognóstico e o tratamento do sofrimento. O tratamento está, também, subdivido em três treinamentos (*adhisiksya*) de princípios, de meditação e de sabedoria, nos quais, trabalha conjuntamente para dissolver as ligações entre aversão e auto-reificação na raiz do descontentamento humano. A pesquisa tem mostrado que a sabedoria de abnegação é a noção mais importante e indispensável do Budismo antigo e que, quaisquer referências aos efeitos e benefícios da prática de meditação Budista *Mindfulness* sem abordar a abnegação, será, simplesmente, ao menos incompleta e insuficiente.

O caminho budista de auto-cura e auto-correção aponta para interrupção do sofrimento através do desarraigar, discursivo e analítico, dos hábitos defensivos do ego (Loizzo, 2004, 2006a, 2006b). O primeiro agente desse processo é *bhavana*, termo em Sânscrito (SKT) usado para descrever uma extensa variedade de intervenções mente/corpo usadas para educar, ou melhor, cuidar da mente. No ocidente, têm sido esta palavra traduzida como meditação, embora esta tenha numerosas variedades de disciplina. Algumas práticas apontam para a mente pacífica e serena a partir de seu usual estado aflitivo de distração e confusão. Outras técnicas meditativas apontam para o desenvolvimento da percepção clara da realidade através do uso de investigação penetrativa. A tradição Budista prescreve uma combinação de ambos os métodos (GOLEMAN, 1977, 1979).

A meditação Budista se subdivide em dois tipos (B.A. Wallace, 2005): (a) do tipo concentração, reconhecido de diversos modo como tranqüilo e permanente repouso total ou controle da atenção (em Sânscrito *Shamata*, *Samadhi*); e (b) do tipo *Mindfulness*, plena atenção, também reconhecido como atenção desvelada, testemunha, consciência treinada, prática de visão compenetrada, percepção, discernimento – visão compenetrada - ou *Insight* analítico (em Sânscrito, *Satipatanna, Vipassana*). Tradicionalmente há quatro posturas pela qual a meditação é praticada pela pessoa: em pé, caminhando, deitada e sentada. Meditação, então, pode ser incorporada em qualquer atividade e está programada para ser um modo de vida (MCDONALD, 1984).

A meditação sentada é a mais comum entre as posturas e é composta por sete aspectos: (a) uma base estável envolvendo um triângulo com ambos os joelhos e o traseiro firmemente plantados no chão e com o uso de uma almofada, uma inclinação da pélvis à frente para alargar a área do diafragma, (b) a espinha ereta mas não rígida; (c) mãos colocadas num gesto específico (*mudra*) ou relaxadas no colo, (d) o pescoço ligeiramente inclinado para frente, (e) a língua suavemente repousando sobre o teto da boca para na produzir excesso de saliva e deglutição, (f) os olhos podem estar fechados, se o indivíduo se distraí facilmente, ou levemente aberto para contemplar um ponto

próximo a sua frente, se a pessoa estiver sonolenta, e, (g) respiração sutil, não forçada, pelas narinas. Existe também uma série de comandos sobre como regular a atenção dependendo de qual será o estilo de meditação adotado (MCDONALD, 1984).

4.2.2 Meditação de Concentração segundo o Budismo

A Meditação de Concentração é comum a toda prática contemplativa descoberta ao longo da história do mundo, assim como a Yoga Hindu, a Kabala Israelita, Gnosticismo Cristão, Sufismo Islâmico e formas de shamanismo indígenas (Goleman, 1977). Esta prática meditativa focaliza a atenção em um objeto específico, assim como a respiração, uma palavra (*mantra*), frase, oração, imagem mental, objeto físico ou pensamento. A qualquer momento a mente se desvia para longe do objeto de concentração, o meditador continuamente e sem julgar deve trazer a atenção de volta para este objeto, a âncora. A concentração produz a resposta de relaxamento que combate ou até mesmo elimina a resposta de luta/fuga ao *stress* (BENSON, 1977).

Alterações fisiológicas comuns à concentração são: diminuição da freqüência cardíaca, da pressão sanguínea, da respiração, do metabolismo e da tensão muscular. Á medida que a concentração é fortalecida, freqüentemente será acompanhada de sentimentos de tranqüilidade, calma e de relaxamento e nos estágios avançados pode evocar experiências de felicidade, êxtase e absorção (GOLEMAN, 1977).

As instruções do Buda a respeito da meditação de concentração são discutidas nos dois textos encontrados nos cânones Pali: *Samadhi Sutta* (Sc) (Thanissaro e Access to *Insight*, 1997b) e *Anapanasait Sutta* (As) (Thanissaro e Access to *Insight*, 2006). Os efeitos físicos e fisiológicos desta técnica meditativa estão bem documentados pelas pesquisas neste campo (Murphy e Donovan, 1999; D. H. Shapiro e Walsh, 1984). Dunn et al (1999), descobriu que os benefícios à saúde atribuem-se principalmente a práticas de meditação de concentração, assim como a redução da excitação está associada a *Mindfulness*, enquanto que seus benefícios específicos são: experiência, conhecimento e des-automatização, que não podem ser replicados em técnicas de meditação de concentração. Esta distinção é útil às discussões sobre a errônea concepção de que toda prática de meditação é similar, até mesmo no repertório do Budismo.

Existem muitas imagens que auxiliam a descrição dos benefícios à consciência da meditação da concentração. Elas servem como guias úteis do panorama (cenário) interior aos iniciantes de uma jornada meditativa; e são o resultado de um antigo esforço de sistematizar a diversa ordem de experiências que ocorre durante a meditação. Estes sistemas podem ser extremamente valiosos para os pesquisadores ocidentais que tem pouco conhecimento da função e da natureza da mente em níveis profundos de consciência, uma vez que os programas ocidentais têm uma orientação de fora para dentro, enquanto a maioria das práticas orientais, como o sistema do corpo sutil (*chakra*), orienta o indivíduo de dentro para fora (De Charms, 1998). Estes sistemas de imagens são a ajuda aos adeptos da meditação, que navegam sobre seus próprios terrenos psíquicos vívidos durante a prática de meditação. Esta introspecção é do tipo empírico de primeira pessoa para compreensão das profundezas da consciência, como também acessa partes específicas do sistema nervoso, distinguindo a meditação da psicologia convencional (VARELA e SHEAR,1999).

O Budismo oferece uma série de descrições sobre o interior da consciência humana para orientar os meditadores quando junto a uma porção específica desta, conforme o grau desenvolvido de refinamento, de pureza (Metzner, 1996). A primeira imagem descrita é a das três dimensões da experiência (*triloka*); a segunda refere-se aos oito estágios ao longo do caminho da concentração (*dhyana*). Ambas as descrições são recordadas pelo sábio budista Buddhagosha (1991) no seu principal manual de

meditação do quinto século, "O Caminho da Purificação" (*Visuddhimagga*) posteriormente adaptado e revisado por Loizzo (2000, 2004) e Goleman (1988), respectivamente.

A primeira das três dimensões da experiência (*triloka*) se refere à consciência de vigília reconhecida como a dimensão considerada real para o homem comum (*kamaloka*), o mundo comum do desejo libidinoso – sensações dos prazeres físicos -, desejos compulsivos - apego, hábitos, vícios -, emoções aflitivas e alienações, todos estão enraizados na defesa habitual do ego (personalidade). Nesta realidade, a consciência de alguém está dominada e dirigida pelo desejo exteriormente e pela aversão embasada pelo medo resultante da continua experiência de descontentamento e desgosto (*dukkha*) (Thanissaro e Access to *Insight*, 1997b). Loizzo (2000) correlaciona este estado com a ativação do neo-córtex. Por este, o indivíduo é governado pelos instintos primitivos assim como principalmente pelo prazer, a determinação de sobreviver e a ativação de resposta de luta/fuga ao *stress*.

A segunda dimensão da experiência é reconhecida como a forma real (*rupaloka*) e é caracterizada por estados excepcionais de consciência produzidos pelo estado de repouso ou quietude da mente e pela meditação de concentração. O Caminho da Purificação (*Visuddhimagga*) indica que as formas reais ocorrem quando a consciência de um indivíduo torna-se absorta em emoções purificadas (*brahma viharas*) assim como o amor, contentamento, compaixão e tranqüilidade. A pessoa também pode ganhar acesso a ótimas capacidades cognitivas que em correlação as noções ocidentais de percepção extra-sensória incluem a clariaudiência – a faculdade da utilização do sentido da audição para além da percepção normal de nossa audição física comum; a clarividência – a habilidade de visualizar eventos ocorrendo num lugar remoto; a retrocognição ou regressão de memória – a bilidade de lembrar de vidas passadas e a telepatia – a habilidade de conhecer os pensamentos dos outros (Thanissaro e Access to *Insight*, 1997b). Loizzo (2000) correlaciona este estado a ativação do sistema límbico, governado pelo impulso de interconectividade, instintos sociais e o chamado resposta de amor-crescente que contrasta com o mecanismo de proteção de luta/fuga.

A terceira dimensão da experiência é a realidade sem forma (*arupaloka*), na qual o nível de consciência não dual é atingido. Neste momento, sujeito e objeto, o que percebe e a coisa percebida, estão unificados, se tornam um só, não dissociados.

Experiências na dimensão de realidade sem forma, representam o estado mais refinado, puro e excepcional de meditação de concentração, culminando com o *samadhi* e correspondendo ao oitavo e final estágio do caminho de concentração (*dhyana*) (Thanissaro e Access to *Insight*, 1997b). Loizzo (2000) compara este estado com a ativação do hipotálamo e do tronco cerebral de experiências efêmeras durante o sono profundo e o orgasmo.

Quanto ao estudo dos oito estágios ao longo do caminho da concentração (*dhyana*) será subdivido em duas etapas com quatro estágios cada. A primeira etapa trata dos estágios 1 ao 4 de concentração (*dhyana*), contudo, é preciso abordar o estágio de acesso anterior a estes.

Antes de iniciar a real absorção concentrativa, existe um estado transitório de atenção reconhecido como o estágio de acesso. Este estado de consciência é fundamental por ser o mais desejado para a prática de meditação *Mindfulness*, porque neste, a mente está desimpedida das contribuições sensório-perceptivas de distração que mantém, ainda, as capacidades discursivas analíticas necessárias a manutenção do aprendizado e do desenvolvimento (THANISSARO e ACCESS TO *INSIGHT*, 2006).

O primeiro estágio de concentração é caracterizado pela renuncia de desejos e de fatores prejudiciais (*akushala*), com o acesso inicial a dissolução de conceituações

(*vitarka*) e dos pensamentos divagantes, discursivos (*vichara*). Este nível é caracterizado pelo interesse pelo contentamento (*priti*) e de bem-estar (*sukha*). O segundo nível de concentração é caracterizado pelo completo advento do cessar de conceituações e pensamento divagantes, a realização da tranqüilidade interna e mental alcançada através da concentração no objeto de meditação. O interesse pelo contentamento e pelo o bem-estar continuam. O terceiro estágio de concentração está caracterizado pela substituição do interesse por contentamento, pela tranqüilidade e equanimidade; estando alerta, atento e sensível aos sentimentos de profundo bem-estar. No quarto nível de concentração, o bem-estar do indivíduo é transcendido, partindo somente da tranqüilidade e da vivacidade da dimensão da consciência (Kohn, 1991). Este estágio, o último dos de concentração (*dhyanas*) é o que corresponde à forma real, no qual os poderes psíquicos podem ser demonstrados e desenvolvidos.

Os quatro estágios de concentração posteriores do caminho de concentração são: (a) a absorção do espaço ilimitado, que está além da percepção limitada; (b) a absorção da consciência ilimitada, que está além da subjetividade indiferenciada; (c) a absorção da inexistência, na qual a renúncia pessoal é completa e, (d) o ápice da existência cíclica na qual nenhuma discriminação de curso existe de qualquer modo, reconhecida como nenhuma ou ausência percepção, de pressentimento (*samadhi*). Este último dos quatro estágios corresponde à realidade sem forma (Thanissaro e Access to *Insight*, 2006).

Enquanto estes estados progressivamente sutis de consciência provêm temporariamente alívio ao sofrimento, produzem emoções agradáveis e altruísticas e ativam as percepções não duais, eles integram totalmente o domínio da existência condicionada (*samsara*). Isto é, enquanto a mente pode alcançar tais experiências avançadas de absorção concentrativa, indivíduos inevitavelmente retornam à linha base normal do estado de vigília, de ânsia e de descontentamento no domínio do desejo (Thanissaro e Access to *Insight*, 2006).

Por esta razão é essencial praticar *Mindfulness*, uma vez que esta prática proverá compreensão profunda (*prajna*) e transformações duradouras ao nível básico da consciência de alerta, a vigília. Este tipo de cartografia budista é claramente útil na identificação das capacidades mais elevadas da mente, enquanto prove marcos para os meditadores atravessarem confiantemente o terreno de seu panorama interior (NEAL, 2006).

4.2.3 Meditação *Mindfulness* (Atenção Plena) segundo o Budismo

A palavra do Pali para meditação *Mindfulness*, *satipatthana,* literalmente é traduzida como "mantendo o presente" (*patthana*) "consciência" (*sati*). *Mindfulness* é a segunda técnica de meditação na psicologia budista. Esta técnica difere da meditação de concentração no modo como a atenção é direcionada. No lugar de restringir a atenção para um objeto específico de concentração, esta é sistematicamente expandida, cercando quaisquer atividades físicas ou mental momento-a-momento com uma atitude de desapego e aceitação. *Mindfulness* encoraja uma maior postura exploratória e imparcial dirigida a qualquer objeto mental presente na mente, em um determinado momento. Pode ser melhor entendida a princípio como estando no presente momento sem reagir e em fases posteriores de desenvolvimento como investigando analiticamente o que está sendo assistido (NEAL, 2006).

Budistas estudiosos (Sole-Leris, 1986; B.A. Wallace, 2005) tem apontado que a doutrina do Buda de total libertação que pode ser condensada pela aplicação da meditação *Mindfulness*. Num famoso sermão relembrado no *Sutta Satipattana* (Sp), o Buda é relatado por ter dito que: "Este é o caminho direto, para a purificação do ser, para superação da aflição e da lamentação; para superação da dor e do sofrimento, para

alcance do caminho autêntico, para a realização do nirvana - em outras palavras as quatro aplicações da *Mindfulness*" (B.A. WALLACE, 2005, p. 50).

Quanto ao estágio de acesso à consciência, meditação de concentração e *Mindfulness* são essencialmente a mesma prática de meditação porque ambos concentram-se exclusivamente na respiração. Como a atenção da pessoa se expande para incluir mais conteúdos da consciência, *Mindfulness* se afasta da concentração como uma prática distinta de meditação (NEAL, 2006).

Existem diversas instruções e textos tradicionais budistas sobre como proceder com a prática de meditação *Mindfulness* (Bodhi, 1993; Gunaratana, 1991; Nhat Hanh, 1976; Nyanaponika, 1965, 1972, 1998; Sayadaw, 1972; Soma, 1949; U Pandita, 1991; Silananda, 1990). Mais comumente na antiga abordagem budista (*Theravada*) as mentes foram bem treinadas em controle da atenção – concentração - antes de começar o treinamento de consciência - *Mindfulness* (Nyanaponika, 1965, 1972). Inicialmente a mente é flexível, maleável e tende a reflexão como se ela fosse um lago cujas ondas tem sido abrandadas pelo uso da concentração para superar os cinco obstáculos: inquietação, melancolia, desejos sensórios, malícia e ceticismo/dúvida (B. A. WALLACE, 2005).

A partir de então, o meditador usa a habilidade na concentração para tornar-se absorvido numa série de estados afetivos sublimes (*Bramha vihara*), incluindo êxtase e felicidade (*sukkha*), bondade (*metta*), compaixão (*karuna*), compreensão (*mudita*) e tranqüilidade (*uppeksha*), os quais são usados para neutralizar a força evolucionária dos cinco maiores emoções aflitivas (*kleshas*) denominadas: ambição, ódio, inveja, raiva e medo (Goldstein e Kornfield, 1987). Os estados afetivos positivos preparam a mente para o treinamento em meditação *Mindfulness*, no qual a habilidade em concentração é associada à habilidade de observação imparcial e análise desconstrutiva, pelos quais níveis de experiência e compreensão são alcançados (LOIZZO, 2000, 2006b).

Como mencionado anteriormente, estados de absorção do caminho de concentração e os estados sublimes de emoções positivas têm seus próprios valores terapêuticos, eles não precisam estar totalmente atualizados para favorecer o caminho da compreensão (B. A. Wallace, 1998, 2005). A única exigência é a de que o indivíduo deve possuir um nível suficiente de foco de atenção e estabilidade na mente, ambos os quais são reconhecidos como acesso a concentração. De acordo com Goleman (1988, p. 21):

> "O melhor nível para prática *Mindfulness* é o mais baixo: o de acesso. Isto porque *Mindfulness* é aplicada à consciência normal, e do primeiro *Jhana* este processo normal cessa. Um nível de concentração menor do que o de acesso, por um lado, pode ser facilmente ofuscada por pensamentos e lapsos que perambulam na plena atenção. Ao nível de acesso, há um equilíbrio desejável: a percepção retém a consciência destes meditadores de se divertir.... O momento de entrada e saída do *Jhana* é especialmente oportuno para prática de percepção desvelada".

Qualquer abordagem budista, reconhece que para percepção desvelada é recomendável a adoção de *Mindfulness* desde o início. Esta técnica desenvolve a imprescindível habilidade de controle da atenção simultaneamente à depuração da consciência, ao invés de seqüencialmente. A prática também conduz para o caminho da compreensão profunda – *Insight* -, embora ela possa introduzir, mais a diante ou mesmo inicialmente, a exigência de um grau mais elevado de aplicação para alcançar o estágio de concentração de acesso (SOLE-LERIS, 1986).

Instruções tradicionais sobre os quatro fundamentos de *Mindfulness* são elaboradas no Cânone Pali em dois textos: "Grandes Estruturas de Referência" (*Sutta Maha-satipatanna*) (Msp) (Thanissaro e Access to *Insight*, 2000) e as "Estruturas de Referência" (*Sutta Satipattana*) (Sp) (Thanissaro e Access to *Insight*, 1995).

Comentários contemporâneos sobre estes textos estão disponíveis nos Quatro Fundamentos de *Mindfulness* (Silananda,1990) e na Análise das Estruturas de Referência (*Sutta Satipatanna-vibangha*) (Spv) (Thanissaro e Access to *Insight*, 1997c).

De modo geral, o indivíduo é instruído a aplicar consciência plenamente atenta ao corpo (quer dizer, a respiração), ao sentimento ou sensação (agradável, desagradável, neutra), ao estado mental e as emoções (tranqüilidade, agitação), aos objetos mentais e a consciência (mentalidade, pensamentos). À medida que os indivíduos desenvolvem suas habilidades, eles são conduzidos para observação imparcial que separa as dimensões perceptiva/cognitiva das respostas emocional/afetivas. Este processo é descrito como a des-indentificação com o objeto de percepção, seja isto um pensamento, uma emoção ou uma sensação (Thanissaro e Access to *Insight*, 1995).

Uma vez estabilizada a observação atenta, esta é usada para compreensão profunda e desvelada - percepção clara do objeto como ele é -, *Insight* analítico (*Vipassana*), na qual a des-identificação ocorre ao observar a percepção de si mesmo. Meditação de *Insight* analítico (*Vipassana*) envolve investigação perspicaz da concretização dos hábitos do ego, estimulando-o a re-aprender e conduzindo-o para visão desvelada profunda e sustentável, por isto denominado meditação *Insight* (Loizzo, 2006b;B. A. Wallace, 2005). De acordo com U Pandita (1991) a tradução literal da palavra *Vipassana* é visão clara (*vi*) do modo (*passana*) ou características de existência (*trilakshana*) e refere-se ao sofrimento, a ipermanência, a abnegação. A diferença entre meditação *Mindfulness* e meditação *Insight* analítico é uma importante distinção a apontar. Note que *Mindfulness* básica (*satipatana*) envolve somente atenção desvelada de eventos mente/corpo, enquanto que *Mindfulness* avançada (tipicamente referida como a meditação propriamente dita) – a percepção clara do objeto como ele é - envolve habilidades de pensamento divagante, investigação, tomada de decisão, processamento de informações, contemplação e análise, os quais estão tipicamente associados com a prática de meditação (Loizzo, 2000; B. A. Wallace, 2005). Meditação *Mindfulness* e *Insight* são duas fases no desenvolvimento da mesma prática de meditação, as quais foram exclusivamente desenvolvidas pelo Buda, protegidas na tradição clássica (*Theravada*) e desenvolvidas e purificadas no *Veículo Social* (*Mahayana*) e no *Veículo Adamantine* (*Vajrayana*) (GOLEMAN, 1988; THURMAN, 1997).

Os antigos escritos canônicos budistas (*tripitaka*) são subdivididos em três coleções, o Código Moral (*Vinaya-pitaka, Vp*), os Discursos (*Sutta-pitaka, Sp*) e a Ciência Psicológica (*Skr Abhidharmma—pitaka*, Pali *Abhidharmma—pitaka, Ap*). Os sete volumes de *Abhidharmma—pitaka*, oferecem uma extraordinária análise detalhada dos princípios básicos naturais que governam as atividades dos processos mentais e físicos. Enquanto que os Suttas *Pitaka* e *Vinaya-pitaka* dispõem os aspectos práticos do caminho budista do despertar assim como da conduta comportamental, o Sutta *Abhidharma—pitaka* fornece uma estrutura teórica para explicar o suporte causal de muitos caminhos. Para as explicações modernas no *Abhidharmma,* a pessoa deve ver Bodhi (1993) e Nyanaponika (1998).

Na psicologia *Abhidharmma* o familiar universo psico-físico é purificado de acordo com sua essência revelando uma intrincada rede de fenômenos e processos impessoais revelados num ritmo incompreensivelmente rápido de momento-a-momento, conforme precisamente definido por leis naturais de interdependência causal (*pratiyatsammutpada*). Os detalhes *Abhidharmma* nos quais os fenômenos mentais são perfeitamente examinados, usam atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento e investigação analítica (Thurman, 1984). A literatura sobre a teoria e a prática tradicional budista de meditação *Mindfulness / Vipassana* é abrangente e possui

numerosos estudos de pesquisadores ocidentais (Bucknell e Kang, 1997; Goldstein, 1994; Goldsteine Kornfield, 1987; Goleman, 1988; Loizzo, 2006b; Sole-Leris, 1986; B. A. Wallace, 1998, 2005), tanto quanto como várias palestras clássicas dos Mestres Budistas Asiáticos (Gunaratana, 1991; Nhat Hanh, 1976; Nyanaponika, 1965, 1972, 1998; Sayadaw, 1972, Soma, 1949; U Pandita, 1991; Silananda, 1990).

4.2.4 O Caminho Budista para o *Insight*

Existem várias descrições budistas que detalham o desenvolvimento psicológico produzido pela atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento, junto com o que é chamado Caminho do *Insight*. Goleman (1988) fornece uma prolongada discussão de experiências subjetivas usando um modelo com oito estágios; U Pandita (1991) condensa esse mesmo modelo em quatro estágios concentrados, exclusivamente, em erradicação de degradações individuais (*kleshas*). Sole-Leris (1986) discute as características dos avançados níveis de consciência desenvolvidos por quatro tipos de meditação conhecidos como Fluxo de Entrada (*sotapanna*), Regresso de uma só vez (*sakadagami*), Não-Devolução (*anagami*) e O Santo Liberado (*Skt arhat; Pali arhant)* que estão sucessivamente voltados para o alcance da iluminação. Estes três autores contam com uma tradução de Nanamoli do *Buddhagosha´s* (1991) o Caminho da Purificação (*Visuddhimagga*). Flickstein (2001) faz um comentário contemporâneo e de fácil utilização deste manual clássico.

Em contraste, outros acadêmicos ocidentais (Loizzo, 2000, 2006b; Thurman, 1984) contam que no De La Valle Poussin e Pruden, traduzido do *Vasubandhu´s* (1988), O Tesouro da Ciência Psicológica (*Abhidharmakoshabysham*) é como uma alternativa ao manual de meditação indiana do século V. Estes acadêmicos encontraram, mais tarde, um texto mais compreensível e refinado. Isto porque seus traços de desenvolvimento do *Insight* - percepção clara do objeto como ele é - além dos estágios de libertação individual (*Theravada*), a consciência social e a responsabilidade universal prescritas no Veículo Social (*Mahayana*).

A representação de Goleman (1988) sobre os textos antigos começa com a conquista do *Insight* de estágio 1 - acesso à concentração -, que se caracteriza pela atenção estabilizada e pela consciência receptiva - aberta a novas idéias. Ao alcançar esta habilidade, os indivíduos descobrem que eles não são distraídos, ou não estão ligados a estímulos durante a meditação. No *Insight* de estágio II – *Mindfulness* - o indivíduo aplica, formalmente, estas qualidades de receptividade e estabilidade na observação dos quatros alvos: o corpo, sensações físicas, estados mentais e objetos da mente. No terceiro estágio – reflexão - a primeira experiência de *Insight* ocorre, na qual se ganha uma dedução interior das três características da realidade (*trilakshana*): abnegação, impermanência e descontentamento. O principal entre estas três características, é uma compreensão da abnegação (*anatman*), a idéia de que o agente de controle não está fixado no fluxo de pensamentos e de que não é independente e autômato, é o centro da vontade e da experiência da pessoa.

De acordo com Rhula (1975), uma análise exaustiva dos cinco sistemas de vida que mostram a constituição de uma pessoa (em Sânscrito, *skhandas;* Pali, *pancakkhandhas*), incluindo a forma material (*rupa*), sensações (*vedana*), percepções (*sannak*), formações mentais (*samkhara*) e a consciência (*vinnana*), não revela nada duradouro, de auto-referência imutável. De modo similar, conforme Capra (2000), uma análise reducionista dos fenômenos externos inferior aos níveis nucleares não revela nada essencial, permanente, nem relacionado ao centro, uma compreensão que confirma a noção do Budismo antigo de abnegação subjetiva e objetiva (*anatman*/*shunyata*).

No *Insight* de estágio III, a observação atenta revela a natureza temporária e de contínua mudança de todos os pensamentos, emoções, sensações e funções corpóreas, na qual aprofunda a compreensão da pessoa de uma segunda característica do fenômeno da ipermanência (*annica*). Baseando-se nestas duas inferências, a realização surge de uma identidade e de um mundo, falsamente percebidos como estáveis e duradouros, que podem apenas causar sofrimento, frustração e descontentamento. Tal como uma consciência constitui um terceiro sinal de existência – de descontentamento (*dukkha*) – resultante de compulsivas e desatentas conexões (*samsara*). O *Insight* alcançado no terceiro estágio do caminho é dito: "que inspira a grande renúncia". Ao invés de uma reconciliação passiva para um destino final (*nihilism*) ou a modificação do caminho para a determinação de uma força externa (*theism*), o *Insight* budista de *dukkha* aumenta a motivação e a habilidade do indivíduo de desapegar de suas próprias causas e condições que produzem descontentamento e sofrimento e atuam insistentemente na descoberta das causas e condições para uma vida de felicidade e liberdade.

No *Insight* de estágio IV – pseudo-*nirvana* -, a percepção clara e contínua do surgimento e transitoriedade dos fenômenos mentais, incluindo projeções e falsa percepções da pessoa, conduzindo a uma falsa sensação de alívio. Uma experiência de prazer e até mesmo de celebração começa a se fixar porque os indivíduos acreditam que, pelo desligar-se dos processos mentais habituais, eles estão realizando o cessar verdadeiro (*nirvana*). Ainda que haja uma ruptura poderosa e inovadora, este, cessar verdadeiro, relembra apenas uma inferência de curso que U Pandita (1991) chama "conhecimento dedutivo", o qual conduz a um inconsciente primário e latente degradado e propenso a ver esta nova percepção da realidade como concreta e inerentemente real. Extrapolando esta situação, a mente neste estado é dito que experimenta as dez corrupções ou limitações tais como: sentimentos expansivos e encantadores, tranqüilidade, devoção intensa, energia e felicidade, os quais são, por si mesmos, tomados como concreto, tornando-se a fonte de conexão e de aderência. Isto só é interrompido, quando os meditadores trabalham com um Mestre qualificado (guru, *kalyanamitra*) que os fará perceber os seus erros prematuros, para assim, poderem voltar a atenção plena, a si próprio para que, então, possam dissolver as mais sutis degradações de apego e concretude, e progredirem ao longo do caminho.

No *Insight* de estágio V – o quinto estágio de realização presente em si mesmo -, neste ao invés de um falso sentido de alívio, o meditador está agarrado ao medo. Com as aberturas da percepção limpas, permitindo ao indivíduo ver o que surgi, este se mantém no fenômeno mental sem conexões, assim o pensamento que surge é de que tudo é infundado e nulo. Como Goleman (1988, p. 28) declarou:

> "A consciência mais sutil, [o meditador] vê como totalmente destituída de qualquer possível satisfação. Nela não há nada mais que perigo. O meditador começa a sentir que em todas as gêneros de formação não há uma única coisa que ele pode colocar suas esperanças".

Uma vez mais em consulta com um instrutor especialista, ao meditador é pedido para observar atentamente a emergência da necessidade primitiva de segurança e de concretização do ego. Medo é visto, então, como produto de permanecer conectado a um ego vulnerável que foi degradado. As três qualidades da existência (*trilaksana*) devem ser revisadas com a meditação e analisadas mais profundamente, para tornar nulo o medo da abnegação por meio de um *Insight* intuitivo; ou sabedoria (*prajna*) que percebe a interconectividade (*pratityatsamutpadda*) (U Pandita, 1991) e no final, a felicidade e a oportunidade de uma realidade fluida (*shunyata*) (THURMAN, 1998).

No *Insight* de estágio VI e VII, o sexto estágio – *Insight* sem esforço -, sinaliza esta transformação na qual medo é suplantado pela criação de confiança sobre a

experiência. Meditadores agora alcançam uma tranqüilidade natural e polida da reflexão que continua a reforça sua compreensão de abnegação (*anatman*) e do caminho do meio, o qual previne apego e aversão, satisfação e dor, prazer e terror. No sétimo estágio – *nirvana* -, o hábito de auto-reificação é finalmente dissolvido e as futuras causas de sofrimento erradicadas. Considerando que aspectos de ganância, ódio e desilusão foram contidos pelos estados mais elevados de consciência só para emergir de novo, mais tarde, durante a consciência desperta sobre o caminho concentrativo de tranqüilidade, no caminho de *Insight*, consciência desperta de si mesma que tem sido purificada e transformada. O que acontece com a realização da abnegação e da libertação é uma personalidade em duradoura transformação em lugar de um estado temporário de experiências agradáveis.

Enquanto definições forçadas de libertação (*nirvana*) são raras, Makransky (1997, p.18) declarou que "precisas formulações filosóficas de *nirvana* variavam entre séculos de *Abhidharma*, mas numa de suas primeiras descrições, *nirvana* representava o cessar (*nirodha-satya*) of *karma* [ações] e *klesha* [profanação/emoções aflitivas] que originaram um ciclo de ressurreição [e sofrimento]". A despeito da erradicação das condições causais, seres iluminados ainda experienciam efeitos residuais (*sopadhisesa*) dos seus anteriores fluxos evolutivos de consciência. A analogia de um trem a vapor é útil neste ponto, no qual o carvão já não é adicionado para impulsionar a máquina, embora o trem permaneça completamente em movimento até seu impulso inteiramente cessar.

No *Insight* de estágio VIII, estágio final nas descrições de representação de Goleman (1988) em seus escritos é reconhecido como cessar completo (*nirodh*). Quando as restantes impressões residuais entraram em vigor e se exauriram, o fluxo de consciência é, então, atado apenas pelo corpo humano. De acordo com Makransky (1997, p.28):

> "o corpo do iluminado [santo] e o componente mental associado a este, [eles mesmos] incluem um resíduo de condições de existência (causados pelas ações e paixões de vidas passada) que continuará com sua morte física. Ma em sua morte física, porque a causa raiz da futura existência condicionada foi totalmente removida, o iluminado [santo] é dito que se desvanece num estado permanentemente livre de renascimento: *nirupadhisesa nirvana*, *nirvana* além de qualquer condicionamento".

A questão então que surge: o que acontece à consciência de seres iluminados após a morte? Desaparece quando impulsos elétricos no cérebro já não funcionam, como prediz a ciência? Ou continua permanecendo além do mundo num reino absoluto e permanente como proclamaram muitas instituições religiosas? O aceitável caminho do meio Budista responde estas questões evitando estas questões, sugerindo que tal como uma consciência fica no mundo, mas já não está ligado as condições de *samsara* (Makransky, 1997). Thurman (1998) descreveu o Buddha como um ser iluminado que abandonou todos os papéis ordinários e criou um novo no qual um indivíduo "vive no mundo mas não, do mundo, que se conecta em si mesmo e, então, aos outros para uma realidade transcendente que põe a demanda de relativa realidade no contexto da transcendência".

Conforme a discussão de Goleman (1988) sobre o clássico Theravada oriundo da *visuddhimagga* (Buddhagosha, 1991), a consciência purificada realizada na *nirodh* não cessa de existir após a morte final (*parinibbana*), particularmente, só deixa de existir sob as leis de causalidade ordinárias que governam o reino de sofrimento (*samsara*), o reino temporal e fenomenal, onde prevalece a ignorância do verdadeiro "Eu". Goleman (1988) aponta que a mente liberada desenvolvida no caminho de *Insight* é, então,

novamente aplicada ao caminho de tranqüilidade em seus oito sucessíveis níveis. Combinando habilidades na estabilidade e *Insight* interior de abnegação, o indivíduo iluminado avança por, e permanece indefinidamente dentro, de todos os três reinos de existência (*triloka*), o reino de desejo, o reino da forma e o reino sem forma, para ser um defensor mais eficaz a libertação para todos os seres.

No Grande Veículo Tradicional (*Mahayana*), motivado pela compaixão universal (*mahakaruna*) é dito que um "Buda" introduz o renascimento na forma de suas escolhas e fica ativo em todos os reinos do mundo para ajudar outros seres em suas peregrinações de libertação (Patrul, 1998). De acordo com a visão do *Mahayana,* de relatividade não dual (*shunyata*), *nirvana* não é concebido como um reino absoluto além do *samsara*, assim o Buda permanece dentro do mundo de sofrimento, com uma percepção purificada que o re-inventou como absolutamente glorioso (Thurman, 1998). Com tal flexibilidade de percepção são concebidos, "Budas" completamente iluminados (*samyaksambuddha*) para prover maximamente ambientes efetivos para treinar heróis iluminados (*bodhisattvas*) e facilitar o desenvolvimento de indivíduos menos completos que estão em seus caminhos de estado búdico (KALU, 1997; MAKRANSKY, 1998; PATRUL, 1998; P. WILLIAMS, 1989).

Assim, Meditação *Mindfulness, ou Vipassana,* pode ser definida como o esforço e a prática de intencionalmente prestar plena atenção, sem julgamentos na experiência do presente momento e sustentar esta atenção ao longo do tempo. A plena atenção – *Mindfulness* - ocupa uma função central no Budismo, sendo a atenção correta o sétimo elemento do *Nobre Caminho Óctuplo* ensinado pelo Buddha em 500 a.C.

A *Mindfulness*, a plena atenção, como visto no capítulo anterior, é o centro da meditação *Vipassana* e a chave de todo o processo. É ao mesmo tempo o objetivo desta meditação e o meio para este fim. *Vipassanā* em Pali, ou *vipaśyanā* em sânscrito, significa *Insight* - ver as coisas como elas realmente são.

Vipassana é o direto e gradual cultivo da atenção plena - *Mindfulness*, sendo a mais antiga das práticas Budistas de meditação (Mahathera, 1990; Janaka, 2006). Seu método provém diretamente do *Sitipatthana* Sutta, um dos discursos do próprio Buddha. A técnica de meditação denominada *Vipassana* foi ensinada pelo Buddha a cerca de 25 séculos atrás, e constitui um conjunto de atividades mentais dirigidas para a experimentação do estado de ininterrupta atenção plena - *Mindfulness*.

O termo *Mindfulness* - atenção plena pode ser compreendido também como consciência (*awareness*). A meditação da atenção plena (*Mindfulness/Vipassana*) pode ser definida como o esforço para intencionalmente prestar atenção, sem julgamentos, na experiência do presente momento e sustentar esta atenção com o passar do tempo.

O objetivo é cultivar uma consciência estável e não reativa do presente momento. Isto é normalmente realizado por uma disciplina regular diária envolvendo as práticas da meditação da atenção plena (*Mindfulness/Vipassana*) bem como a manutenção da atenção em todas as atividades da vida diária.

O cultivo sistemático da atenção plena (*Mindfulness/Vipassana*), cujo significado comum pode ser descrito sinteticamente como "o julgamento não-crítico da consciência de cada momento", está profundamente associada a práticas meditativas Budistas, onde são conhecidas como "o coração da meditação *Vipassana*" e extensivamente descritas na literatura tradicional Budista e em textos sobre psicologia (THERA, 1962).

Apesar da meditação *Vipassana* ser originária das tradições meditativas asiáticas, esta pode ser conceituado como um atributo humano universal, dado que se refere a um modo particular de se prestar atenção, podendo ser praticada por todos os seres humanos, independentemente de crenças religiosas.

4.3 Meditação *Mindfulness* segundo as Pesquisas Ocidentais

De Chams (1998) estabeleceu, de modo claro, que existem vários significados diferentes entre a psicologia da meditação Budista e a ciência ocidental, sendo diferentes naquilo que realmente faz com que suas comparações até mesmo sejam mais interessantes e valiosas. O mais óbvio é o fato de que o objetivo da meditação é compreender o mecanismo causal da experiência humana (*pratitya-samupadda*) adequado à restauração de hábitos e alcançar a liberdade existencial (*nirvana*). O propósito da ciência ocidental é compreender as leis da realidade física adequadas ao exercício de controle sobre os fenômenos externos.

A diferença mais sutil é revelada quando se compara o modo no qual a objetividades é tratada. A ciência física usa de análises reducionistas para descrever processos mentais em termos mecanísticos da perspectiva externa. A ciência meditativa, por outro lado, usa a objetividade-subjetiva para descrever processos mentais em termos experienciais da perspectiva interna. Como se pode perceber, cada um destes sistemas tem linguagens descritivas próprias, igualmente elaboradas por meio de análises precisas e rigorosas, para o mesmo fenômeno mental. Na meditação, a ênfase está na determinação do que é manifestado internamente, enquanto que na ciência ocidental freqüentemente a avaliação está concentrada nas forças e pressões externas (DE CHAMS, 1998).

Kabat-Zinn (1990) define *Mindfulness* no mesmo sentido da Filosofia Budista, como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, de modo intencional e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro. Considerando que as pessoas funcionam, em boa parte do tempo, num modo chamado de piloto automático, a intenção da prática de *Mindfulness* seria exatamente trazer a atenção plena para a ação no momento atual.

O modo "intencional", significa que o praticante de *Mindfulness* faz a escolha de estar plenamente atento e se esforça para alcançar esta meta. Isto está em contradição com a tendência geral das pessoas de estarem desatentas, ou de se perderem em julgamentos e reflexões que as alienam do mundo que as cerca. Para estar com atenção concentrada no momento atual, os conteúdos dos pensamentos e dos sentimentos são vivenciados na maneira em que se apresentam. Eles não são categorizados como positivos ou negativos. O modo "sem julgamento" significa que o praticante aceita todos os sentimentos, pensamentos e sensações como legítimos. A atitude de não julgar está em contraste com a tendência automática das pessoas de investirem na luta contra vivências aversivas, deixando de viver o resto da sua realidade. O praticante não trata de forma diferenciada, determinados sentimentos como raiva contra uma pessoa admirada ou medo de algum aspecto de si mesmo, pensamentos do tipo: idéias imorais ou sensações tais quais: dor na ausência de uma lesão ou diagnóstico que a justifiquem. Deste modo, são suspensas as racionalizações pelas quais as pessoas costumam truncar suas percepções de eventos inquietantes para encaixá-los nas suas opiniões preconcebidas.

Uma idéia central na literatura sobre *Mindfulness* é que viver sob o comando do piloto automático não permite à pessoa lidar de maneira flexível com os eventos do momento. Confiar no piloto automático promove modos rígidos e altamente limitados de reagir ao ambiente. Na vida urbana moderna, se age muitas vezes sem estar mental e emocionalmente envolvido com suas ações, ou fazendo várias coisas ao mesmo tempo, às vezes sem se aperceber dos diferentes objetivos nas distintas atividades, fato este que acaba por atrapalhá-las. Desta forma, pode-se ter a falsa impressão de que se está agindo

de modo rápido, e então, classificar esta ação como eficiente e produtiva. Em outros casos, os indivíduos se permitem entreter com seus pensamentos e sentimentos sobre passado ou futuro, ou em suas racionalizações sobre sua vivência, que perdem contato com o que está acontecendo no momento atual (HAYES, 2004; LINEHAN, 1993; KABAT-ZINN, 1990).

Muitas vezes as pessoas vivenciam o cotidiano desta forma porque o contato com certos aspectos importantes do dia-a-dia é doloroso. Evitando pensamentos, sentimentos e situações que as deixam tristes, inseguras ou envergonhadas ou porque acham que não os agüentariam. Esta esquiva experiencial, ou esquiva da vivência emocional, foi descrita por Hayes (1999) como a tentativa de não ter determinados sentimentos, pensamentos, memórias, ou estados físicos, por estes serem avaliados negativamente. Trata-se de uma estratégia adaptativa e "socialmente aprovada", que ocorre quando eventos privados passam a ser alvos de controle verbal. Esta estratégia visa a promover um "sentir-se bem" com a ênfase em "bem", mas isto ocorre ao custo da capacidade de "sentir-se bem" com ênfase no "sentir-se". A pessoa acaba evitando no curto prazo "sentir-se mal", mas perde o contato com aspectos aversivos, porém importantes, da sua vivência (HAYES, PANKEY e GREGG, 2002).

Uma falha importante desta estratégia adaptativa é que a pessoa procura excluir sensações e sentimentos negativos, enquanto que estes não são aparentemente danosos para si, mas sim sinais de condições de vida que deveriam ser enfrentados. Outra falha é que muitas vezes a recusa de vivenciar essas sensações e sentimentos os torna mais insistentes. Quanto mais a pessoa tenta não tê-los, mais os terá (Hayes, 1987; Hayes, Pankey e Gregg, 2002). Pesquisas empíricas também mostraram que tentativas de supressão, ou esquivas de conteúdos aversivos facilitam ruminação mental, e levam ao aumento involuntário da atenção seletiva para tais conteúdos (Roemer e Borkovec, 1994), enquanto o treino de *Mindfulness* reduz estes processos (TEASDALE, 1999b).

4.3.1 As Pesquisas Ocidentais na Saúde com Meditação *Mindfulness*

A prática de meditação *Mindfulness* é recomendada, na literatura atual do ocidente, como um dos modos nos quais a meditação budista pode ser terapeuticamente benéfica como um tratamento principal ou como um tratamento complementar na medicina comportamental, uma vez que esta meditação capacita seus praticantes a enfrentar com êxito a dor crônica e a ansiedade, do mesmo modo que a outras doenças relacionadas ao *stress* tais como psoríase. Além do mais, é indicada por melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas, no presente momento ou que recentemente completaram um tratamento convencional para as mais sérias enfermidades médicas da atualidade, tais como câncer, HIV e fibromialgia.

O sucesso da meditação *Mindfulness* pode ser atribuído às simultâneas mudanças psicológicas que neutralizam o *stress* e tanto quanto a nova aptidão perceptiva ou a desconexão dos aspectos afetivo-cognitivo que reduz os distúrbios emocionais como depressão e ansiedade. A prática da meditação *Mindfulness* envolve uma mudança integral nas respostas dos pacientes aos problemas e oferece uma estratégia alternativa de negociação com o sofrimento. Em aplicações mais críticas, meditação *Mindfulness* prepara os pacientes para encontrar um modelo de mudanças de fonte existencial que combina com as enfermidades terminais. Esta estrutura comportamental arma a cognição mente/corpo, a qual contrasta com a estrutura da medicina convencional que se dirigi a reduzir os sintomas e a eliminar apenas as causas superficiais da enfermidade através de cirurgias, tratamentos e medicamentos altamente invasivos.

4.3.1.1 Redução do *Stress* com Meditação *Mindfulness*

Durante as duas ultimas décadas, o programa de intervenção grupal conhecido como "Redução do S*tress* Baseado em meditação *Mindfulness* – MBSR", tem proposto o emprego da meditação *Mindfulness* para aliviar o sofrimento associado com desordens físicas, psicossomáticas e psiquiátricas. Tradicionalmente, o programa MBSR, é realizado em grupos de 30 pessoas, com 8 sessões semanais de duração aproximada de 2 horas cada. O treinamento, através de exercícios formais e informais, inclui muitas tarefas de casa. Cada participante é solicitado a dedicar até uma hora diária à prática e a planejar um dia intensivo de *Mindfulness* por semana (KABAT-ZINN, 1990). O programa não é religioso nem esotérico, e está baseado em um procedimento sistemático voltado a desenvolver uma consciência ampliada da percepção do processo mental. A idéia assumida é a de que uma maior consciência proverá maior percepção verídica, reduzindo os efeitos negativos e melhorando a vitalidade.

Jon Kabat-Zinn é diretor executivo do Center for Mindfulness in Medicine Health Care and Society e professor de Medicina do University of Massachusetts Medical Center. É conhecido internacionalmente por integrar a meditação *Mindfulness* na medicina tradicional, através de seu programa de redução do *stress* baseado na meditação *Mindfulness* - MBSR.

Ele é o autor de vários livros publicados internacionalmente: "Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face *Stress*, Pain and Illness" (Editora Delta, 1991), "Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life" (Editora Hyperion, 1994), "Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness" (Editora Hyperion, 2005), e co-autor do livro "Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting" (Editora Hyperion, 1997). Seu trabalho contribuiu para a pratica da meditação *Mindfulness* em mais de duzentas importantes instituições nos Estados Unidos. Seus livros e programas guiados de meditação descrevem a prática de *Mindfulness* de modo tão simples e convincente, que esta prática meditativa se tornou um modo de vida para milhares das pessoas (GROOSMAN, 2004).

O detalhamento do Programa de Redução do *Stress* baseado em Meditação *Mindfulness* - MBSR - do Centro Médico da Universidade de Massachusetts é apresentado no Quadro 8. Um dos primeiros exercícios formais deste programa, é uma varredura mental do corpo, *Body Scan*, com atenção concentrada. Neste exercício, parte por parte do corpo é observada. O praticante vai notando todas as sensações que percebe e concentra a atenção intencionalmente nesta vivência. Ainda, aprende-se a estar atento diante de diferentes posições corporais: sentado, em pé ou deitado. Num outro exercício típico deste programa, o participante está sentado na cadeira ou com as pernas cruzadas em cima de uma almofada e concentra sua atenção na experiência da respiração. Se a pessoa se distrai ou se uma emoção ou sinal corporal é percebido, este é intencionalmente reconhecido. Logo depois, volta-se à atenção para a respiração. O que o participante aprende com estes exercícios formais do programa é a aceitar, sem julgar, cada distração, sem se deixar comandar por esta.

Os exercícios formais do MBSR, incluem, além da varredura mental do corpo e a meditação em posição sentada com concentração na respiração, também práticas de relaxamento, explorando em detalhes sensações corporais como tensão, dor, outros; e técnicas meditativas adotadas na yoga. O objetivo é vivenciar a respiração, os pensamentos e os demais conteúdos mentais sem querer mudá-los ou controlá-los, ou seja, permitir-se conscientemente, observar o que está acontecendo no presente.

Os exercícios informais do MBSR consistem em vivenciar situações do cotidiano de maneira plenamente consciente, com a atenção focalizada no que está

acontecendo, sem julgar ou racionalizar, podendo se tratar do subir uma escada, trabalhar, fazer atividades em casa, estar junto com amigos ou qualquer outra atividade. Estes exercícios enfatizam vivenciar plenamente e sem preconceito experiências positivas e negativas. Ao estar intencionalmente atento no aqui e agora, permite-se lidar de maneira criativa com situações cotidianas. Há estudos indicando que este treinamento é eficaz na diminuição de problemas psicossomáticos (Grossman, Niemann, Schmidt e Walch, 2003), dor crônica (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney e Sellers, 1986), fibromialgia (Kaplan, Goldenberg e Galvin, 1993), transtornos de ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992; Roemer e Orsillo, 2002), psoríase (Kabat-Zinn et al., 1998) e outros.

Quadro 5 - Programa de Redução do *Stress* baseado em *Mindfulness* (MBSR)

SESSÃO	DESCRIÇÃO
Pré-Programa	A entrevista é administrada pelo facilitador do programa e dura aproximadamente 45 minutos. As seguintes áreas são debatidas: uma introdução ao conceito de meditação da plena atenção (Mindfulness), a estrutura do programa, as metas do participante e expectativas do programa, história médica e psicológica e uma discussão do nível de compromisso exigido para completar o programa.
Semana 1	Uma revisão das diretrizes para participação no programa; revisão do conceito de meditação da atenção correta (Mindfulness); introduções individuais; exercício da alimentação consciente; 45-minutos de exercício de investigação do corpo (body scan); explicação da lição de casa; distribuição do livro de exercícios e fitas para prática em casa.
Semana 2	O exercício de investigação do corpo (body scan); discussão sobre a experiência em grupo pequeno e então em grande; discussão da prática da última semana; discussão das sete atitudes da prática de meditação da plena atenção (Mindfulness); revisão da lição de casa; revisão de conceitos relacionados à percepção e resposta criativa e consciência de pensamentos; explicação: lição de casa.
Semana 3	Uma hora de yoga com introdução e diretrizes; discussão da experiência e lição de casa da última semana; introdução para meditação sentada seguida por breve meditação sentada; discussão da importância de estar fundamentado no momento presente e deixar ir as ligações sentimentais; explicação da lição de casa.
Semana 4	Sucessão curta de yoga; meditação sentada; revisão de importância da postura do corpo e posições da mão na meditação sentada; discussão da lição de casa em grupo pequeno e grande; discussão detalhada da anatomia do *stress* e como responder atentamente a eventos estressantes ao invés de reagir automaticamente; discussão da lição de casa da última semana e da tarefa da próxima semana.
Semana 5	Meditação sentada; 1 hora de yoga, além de discussão sobre a anatomia do *stress* e resposta atenta aos estressores; discussão da lição de casa da última semana e de como se abrir atentamente para aproximação a emoções; discussão de problema versus estratégias de enfrentamento a emoção focalizada; discussão da lição de casa; término em aula com breve meditação sentada.
Semana 6	Meditação sentada guiada (meditação da montanha); discussão das sessões de todos dias que estão por vir; discussão dos estilos de comunicação; séries de exercícios baseados em Aikido para explorar estilos de resposta emocional e de comunicação; discussão da experiência; explicação da meta da lição de casa.
Sessão de um dia de duração	Todo o dia: Um dia inteiro dedicado à prática da meditação da plena atenção (Mindfulness) (com todo mundo na classe mantendo silêncio durante a sessão e se contendo entre si de contato visual); inclui yoga, meditação sentada, exercício de investigação do corpo, meditação guiada, meditação do caminhar, almoço atento, exercícios de consciência, discussão no fim do dia, encerramento.
Semana 7	Mais adiante discussão sobre a experiência da sessão de um dia inteiro; discussão relativa ao estado presente e a tranqüilidade não importa onde a pessoa encontre a si mesmo; meditação sentada; seqüência de yoga; discussão sobre dieta e como ela afeta a saúde e o bem-estar da pessoa, como a meditação da plena atenção (Mindfulness) tem um papel crítico reconhecendo e alterando padrões de alimentação; discussão da lição de casa.
Semana 8	Exercícios de investigação do corpo; meditação sentada; discussão de como a oitava semana é de fato "o resto de sua vida"; discussão geral sobre as experiências dos participantes do programa; revisão das características salientes do programa inteiro; meditação sentada final; cerimônia final.
Entrevista Pós-Programa	Entrevista conduzida pelo facilitador do programa; discussão sobre as experiências dos indivíduos no programa, incluindo: o que trabalhou bem e o que não fez, que aspectos do programa, se qualquer, indivíduo gostaria de continuar praticando, que recursos estão disponíveis para ajudar com isto, quais os obstáculos potenciais a continuidade da prática de meditação, como trabalhar com esses obstáculos; revisão da lista de leitura; entrega e discussão do pacote de recurso.

Fonte: Kabat-Zinn (1990)

O programa MBSR tem sido empregado entre pacientes com uma grande variedade de distúrbios mentais, assim como entre grupos de indivíduos relativamente saudáveis que desejam melhorar suas habilidades em lidar com os normais, porém significativos, eventos estressantes da vida diária.

Os exercícios formais do MBSR, incluem, além da varredura mental do corpo e a meditação em posição sentada com concentração na respiração, também práticas de relaxamento, explorando em detalhes sensações corporais como tensão, dor, outros; e técnicas meditativas adotadas na yoga. O objetivo é vivenciar a respiração, os pensamentos e os demais conteúdos mentais sem querer mudá-los ou controlá-los, ou seja, permitir-se conscientemente, observar o que está acontecendo no presente.

Os exercícios informais do MBSR consistem em vivenciar situações do cotidiano de maneira plenamente consciente, com a atenção focalizada no que está acontecendo, sem julgar ou racionalizar, podendo se tratar do subir uma escada, trabalhar, fazer atividades em casa, estar junto com amigos ou qualquer outra atividade. Estes exercícios enfatizam vivenciar plenamente e sem preconceito experiências positivas e negativas. Ao estar intencionalmente atento no aqui e agora, permite-se lidar de maneira criativa com situações cotidianas.

Há estudos indicando que este treinamento é eficaz na diminuição de problemas psicossomáticos (Grossman, Niemann, Schmidt e Walch, 2003), dor crônica (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney e Sellers, 1986), fibromialgia (Kaplan, Goldenberg e Galvin, 1993), transtornos de ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992; Roemer e Orsillo, 2002), psoríase (Kabat-Zinn et al., 1998) e outros. Este programa tem sido empregado entre pacientes com uma grande variedade de distúrbios mentais, assim como entre grupos de indivíduos relativamente saudáveis que desejam melhorar suas habilidades em lidar com os normais, porém significativos, eventos estressantes da vida diária.

4.3.2 Psicologia Clínica e a Meditação *Mindfulness*

Inicialmente, o interesse dos cientistas em meditação durante os anos de 1950 era o de identificar suas correlações fisiológicas e os benefícios físicos à saúde num contexto médico. Em 1960, o clássico Zen Budismo e Psicanálise (Fromm, Suzuki e De Martino, 1960), forneceu um dos primeiros entrelaçamentos culturais fundamentado em investigações teóricas destas duas culturas, engrandecendo o interesse acadêmico em psicologia comparativa. Isto originou um diálogo produtivo que se concentrou na integração das práticas contemplativas do Budismo antigo com a psicoterapia e a psiquiatria ocidental (CLAXTON, 1986; EPSTEIN, 1995; MILANO, 1998; PICKERING, 1997; SEGALL, 2003; SNAITH, 1998; WATSON, 1998; WATSON, BACHELOR E CLAXTRON, 2000).

Por volta da metade dos anos 1980, pesquisas sobre as correlações cognitivas e psicológicas da meditação começaram a ocorrer com interesse específico em sua aplicação no contexto psicoterápico. No princípio relatos sobre a utilidade e a eficácia da meditação no contexto clínico eram basicamente estudos de caso. Estas descrições examinavam o uso da meditação para uma grande diversidade de assuntos clínicos, mesmo assim estas descobertas eram preliminares pela falta de pesquisas substanciais e testes clínicos.

A meditação *Mindfulness* era, nesta época, apresentada por reduzir a paranóia (Boornstein, 1983), neurose (Epstein, 1190a), obesidade (Weldon e Aron, 1977), gagueira (McIntyre, Silvermann e Trotter, 1974), claustrofobia (Boudreau, 1972), ansiedade (Shapiro, 1976), insônia (Miskiman, 1977a, 1977b), hipertensão (Benson, Rosner e Marzetta,1973; Simon, Oparil e Kimball, 1977); asma (Wilson, Honsberger, e Chiu,1975), abuso no uso de drogas (Benson e Wallace, 1972; Delmonte, 1985; Hayes

et al, 2002), abuso no uso de álcool (Shafii, Lavely e Jaffe, 1975) e várias outras desordens de comportamento (BLOOMFIELD, 1977; GLECK e STROBEL, 1975; HAYES, WILSON, GIFFORD, FOLLETTE e STROSHAL, 1996; KELLY, 1996; KUTZ, BORYSENKO e BENSON, 1985; LUKOFF, TURNER e LU, 1993; RUBBIN, 1985, 1991, 1996).

Com o surgimento no contexto clínico da meditação para o tratamento de uma grande diversidade de problemas de saúde mental, eram destacadas questões relativas a sua compatibilidade com as abordagens e metodologias ocidentais. Meditação *Mindfulness* conduz para o aprimoramento ou para dificuldades no ajustamento psicológico? Como comparar uma prática de meditação indiana com terapias ocidentais, tais como a associação livre? Existe perigos na penetração introspectiva, estratégia auto-regulatória, aos pacientes com força do ego limitada ou para doenças mentais avançadas? Meditação oferece acesso a dimensões da experiência humana que são basicamente intocadas pela terapia ocidental? Há um lugar para a prática espiritual num contexto terapêutico?

Numa tentativa de se dirigir a estas indagações, será examinada e comparada a meta-teoria do Budismo e da psicologia clínica, sendo revisados artigos que comparam as técnicas de meditação *Mindfulness* e da associação livre. Também se discute as possíveis complicações que poderiam surgir ao adotar a meditação num contexto terapêutico. Culminando com a apresentação das psicoterapias embasadas em meditação *Mindfulness* e as avaliações de valor e eficácia clínica destas novas abordagens.

4.3.2.1 Psicologia Clínica Ocidental e a do Budismo

Conforme a perspectiva inter-cultural e inter-disciplinar de algumas pesquisas (De Silva, 2000; Epstein, 1995; Goleman, 1981; Loizzo, 1997,2000, 2006b, Snaith, 1998; Thurman, 2004), Freud localizou a origem da psicopatologia num impulso inconsciente incontido. Ele enxergava o indivíduo neurótico como condicionalmente reativo ao desejo sexual (*Eros*) e aos instintos agressivos de morte (*Tanatos*) na necessidade de trazer estas forças internas á regulação consciente. Ele postulou que o desenvolvimento da atenção consciente e defesa madura habilitaria indivíduos a controlar seus impulsos e a negar comportamentos não funcionais, conforme sua a educação. Numa avaliação final realizada por Freud, entretanto, a alteração necessária ao impulso, tolerado pela aceitação social, era um difícil processo que resignou os indivíduos para a habitual necessidade humana de sofrimento (Freud, 1961). Thurman (2004, p. 38) também sugere:

> "A psicologia ocidental desenvolveu-se durante uma era de industrialização. Freud e Jung viveram em sociedades prósperas da Europa Central. Membros de classe média, eventualmente tinham um pouco de tempo e de dinheiro para explorar seu estado geral de ser. Quando seus aspectos interiores estavam desajustados, eles podiam encontrar alguém para trabalhar com eles....mas o propósito principal [dos psicólogos] deles era apenas re-adaptar estes desajustes para retomar a maquinária sociedade industrializada para que seus pacientes pudessem trabalhar, funcionando novamente como um ser normal. Como Freud mesmo dizia, sua terapia destinava-se a ajudar pessoas que quisessem libertar-se do sofrimento neurótico de modo que pudessem retomar o sofrimento habitual. Nunca houve qualquer menção de liberdade completa do sofrimento como uma definição de saúde ou até mesmo como uma opção com a qual pode se viver".

De acordo com De Silva (2000) aproximadamente 2.500 anos antes de Freud, o Buda também concentrou a origem do sofrimento humano nos impulsos inconscientes. Ele, de modo similar, determinou que o desejo desenfreado e agressivo impulsiona o

indivíduo em direção a repetidas experiências de angústia e de desgosto (*dukkha*). Alguns clínicos de orientação budista (Epstein, 1995; Loizzo, 1997) tem argumentado que Freud não conduziu suas análises dos impulsos humanos de modo, suficientemente, profundo. Além de dois impulsos secundários, projeta-se um impulso primário, previamente descrito como o hábito de auto-despersonalização que opera como resultado fundamental do conhecimento falho (*avidya*) (Loizzo, 2000). Indivíduos são impulsionados a apegar e evitar, mergulhar ou destruir embasados em suas próprias preocupações narcísicas e em crenças errôneas sobre suas próprias distinção, condição autônoma e permanente (LOIZZO, 1995).

Segundo Goleman (1976, p. 41) na meditação:

> "um conjunto de propriedades mentais adequadas inibem reciprocamente um conjunto inadequado. Considerando *Abhidharma* e resultados empíricos, aplicações de meditação são sugeridas por induzirem um modo ótimo de correlação a demandas do ambiente e também um auxílio complementar a psicoterapia".

Freud descobriu que uma mente não treinada está além do controle humano, em grande medida mal adaptada, confinada pelos processos habituais, dominada pelos impulsos sexuais e de agressividade e opera, inconscientemente através de uma posição a partir de uma falsa visão da realidade. Para o budista a chave para o novo treinamento da mente é substituir estes fatores por aqueles que tendem ao vigor e ao esplendor. Goleman (1976, p. 42) explica que:

> "Da mesma forma que a anulação dos sentimentos onde a tensão é substituída pelo o relaxamento fisiológico, em oposição, os estados mentais tornam-se antagônicos aos insanos, os inibindo. Na dinâmica deste sistema, a presença de um dado fator proíbe o aparecimento de um fator específico prejudicial. O principal fator adequado ao *Insight* – "percepção clara do objeto como ele é" – anula o fator prejudicial fundamental de desilusão. [*Mindfulness* mantém o *Insight*] e onde houver *Insight* não pode haver desilusão".

Conforme proponentes do budismo oriental (Epstein, 1995; Loizzo, 1997; Thurman, 1998, 2004) devido a Freud não ter localizado e nem se dirigido ao impulso original de auto-envolvimento, seu sistema terapêutico é visto como falho por não prover felicidade e alívio duradouros. Como pode ser visto, na "Terceira Nobre Verdade", libertação completa (*nirvana*) dos impulsos habituais e da ignorância fundamental que não é apenas possível, é o potencial de todo ser sensível (*tatagathagarbha*).e o propósito de vida a se efetivar. O fato que o Budismo e a psicologia clínica se dirigem a diferentes níveis de impulsos negativos e de metodologias, tem causado grande confusão na literatura ocidental a respeito de suas compatibilidade.

Geralmente se fala: a literatura contém duas visões fundamentalmente opostas. A visão seqüencial apresenta uma posição dos antigos pesquisadores (Bacher, 1981; Engler,1984; Goleman, 1976; Russel, 1986) sustentando que a meditação e a psicologia clínica diferenciam-se muito em relação a como afetam o ego (personalidade). Estes pesquisadores insistem que psicoterapia e técnicas meditativas somente podem ser usadas de modo seqüencial, de acordo com um modelo expandido de desenvolvimento da personalidade concebido numa teoria transpessoal (Walsh e D. H. Shapiro, 1983; Walsh e Vaughan, 1993; Wilber, 1977, 1980a,1995,1996). Em contrapartida, uma outra visão apresenta uma posição dos pesquisadores mais recentes (Epstein, 1986; 1995; Hirst, 2003; Loizzo, 2000) que vêem a meditação Budista como um sistema terapêutico coerente capaz de tratar de assuntos de origem similar como faz as terapias tradicionais, cognitivas e dinâmicas. Como tal, *Mindfulness* pode ser prescrita como um meio para

facilitar o ajustamento psicológico e de aliviar o sofrimento,.simultâneo, ou até mesmo, independentemente, das abordagens terapêuticas convencionais.

Ainda há algumas visões conflitantes incluem Deikman (1982, p. 81), que entende "as estratégias meditativas e psicoterapêuticas como estando concentradas em diferentes aspectos do indivíduo – a meditação analisando a consciência por si mesma e a psicoterapia analisando os conteúdos da consciência". As abordagens budistas tentam eliminar totalmente o desejo pela exposição sem valor de tentar satisfazê-los; enquanto que a terapia ocidental concentra-se na satisfação do desejo pessoal, na gratificação do objeto do ego. A meditação fora um efetivo auxiliar para o processo de terapia ao invés de substituí-la. Vassalo (1984) explica que pelo foco no apego e na ignorância, práticas meditativas Budistas ajudaram a eliminar as preocupações individualistas que estão na raiz do sofrimento. As estratégias ocidentais estão dirigidas apenas ao confronto com as manifestações e sintomas do sofrimento. Bradwejn, Dowdall e Iny (1985) concordam que a meta da meditação, a realização sobre a natureza ilusória do ego, não é reconciliável com a meta da terapia de desenvolvimento de um ego coeso.

4.3.2.2 Meditação *Mindfulness* comparada a Psicoterapia

Kutz *et al* (1985) conduziu uma completa análise comparativa entre a meditação *Mindfulness* e as técnicas psicoterapêuticas de associação livre, as quais envolviam testemunhos das atividades mentais enquanto era mantido um estado não crítico e sem julgamentos. Eles descobriram que meditação *Mindfulness* e associação livre diferiam no modo no qual o material era tratado, na associação livre tentava-se interpretar o significado enquanto na meditação *Mindfulness*, continuamente se esforçava para observar o fluxo de consciência. Deste modo, eles concluíram que a associação livre capacita o indivíduo a alcançar uma perspectiva saudável por permitir ao indivíduo o confronto dinâmico com o inconsciente, experiências negativas reprimidas e mecanismos de defesa, que interrompem seu desenvolvimento psíquico. De modo inverso, meditação *Mindfulness* conduz a saúde quando os adeptos examinam os padrões perceptivos-cognitivos habituais que reforçam o afeto negativo. Conforme Kutz *et al* (1985,p. 5):

> "a repetida experiência de reconhecimento dos padrões de processos mentais de alguém tem valor terapêutico por si próprio. A atividade contínua de categorização e desconstrução da categorização dos eventos mentais gradualmente fornecem *Insight* e compreensão dos internos esquemas e programas mentais criados. Terapias rompem a segurança do passado condicionado no comportamento presente. Meditação tenta alterar o processo de condicionamento *per si*".

De outro modo, pesquisadores comparando meditação Budista e associação livre, as definiram como cobrir ou descobrir (Russel, 1986, p. 116). Para eles: "no cobrir [técnicas], o material inconsciente que produz problema pela ameaça de emergir é anulado. Estes métodos são freqüentemente utilizados ao relacionar-se com crises, terapia de curto prazo e em pacientes que são incapazes de lidar com emoções inconscientes. Descobrir foi definido como uma técnica usada para capacitar, pacientes, a encarar o material psicológico e os mecanismos de defesas que os mantém ligados ao inconsciente. Associação Livre foi um exemplo clássico desta técnica, expondo material reprimido e assim, ajudando pacientes a integrar seu material interno a auto-imagem realista".

Para Russel (1986), em dois tipos de meditação budista, estilos de concentração eram vistos como técnicas de cobrir porque o meditar sem julgar descarta todo conteúdo mental exceto o assunto escolhido. *Mindfulness* tinha sido entendida como tendo dois

aspectos: 1) um técnico de descobrir, no qual um foco aberto permitia emergir o material reprimido na atenção consciente e 2) técnico de cobrir porque não analisa, trabalhando direto, ou integrado, no assunto que aconteceu. Ao contrário, os praticantes ficavam presentes e plenamente atentos sem ativarem a participação no fluxo de consciência. Engler (1984) concorda com estas definições, as quais também foram identificadas por Goleman (1976) que explicou que as diversas psicoterapias eram dirigidas para o conteúdo da consciência, enquanto a meditação estava dirigida à consciência em si mesma.

Hirst (2003) relatou que a prática de *Mindfulness* tinha muitas características em comum com a associação livre. Estas incluíam concentração nos conteúdos da consciência sem censura prévia, julgamento ou interpretação, acessando desejos instintuais e impulsos inconscientes e permitindo as forças de repressão e supressão relaxarem. Delmonte (1190a, 1190b) também observou que meditação *Mindfulness* era comparável à associação livre, visto que ambos aumentavam o *Insight* e capacitavam indivíduos a integrar os aspectos perceptivos, cognitivos e comportamentais de suas personalidades. Ambas, meditação *Mindfulness* e associação livre, desse modo, contrapõe-se a repressão e promove o bem-estar, a saúde.

4.3.2.3 Técnicas Ocidentais e Budistas Combinadas

A hipótese do Budismo não é encorajar análises do material inconsciente identificado como é uma questão, inerentemente, relevante à psicoterapia. Russel (1986) realizou uma extensa revisão da literatura Budista e não descobriu nenhum significativo reconhecimento das dinâmicas inconscientes como descritas no ocidente. Parece que para ele, meditação *Mindfulness* e psicoterapia ocidental possuem modelos completamente distintos de desenvolvimento e de bem-estar mental e deste modo às descreveu como tecnologias radicalmente diferentes.

Como Engler (1984, p. 39) apontou:

> "A psicologia Budista nunca elaborou uma psicologia desenvolvida no sentido ocidental. Esta não tem uma teoria sobre o desenvolvimento da criança. Nem tem uma visão desenvolvida de psicopatologia. Isto quer dizer, que não explicita posições em níveis diferentes para desordens mentais ao longo de um contínuo desenvolvido de acordo com a etiologia. O que a psicologia e a prática Budista parecem fazer é não pressupor um curso mais ou menos normal de desenvolvimento bem como um ego intacto ou 'normal'. Para estas práticas, isto assume um nível de organização da personalidade, no qual contesta as relações de desenvolvimento, especialmente no sentido de um ego coeso e integrado, que já está completo".

Esta análise explicitamente definia a diferença em como o ego era percebido e definido pela psicologia budista como comparado à forma como foi visto pela psicologia ocidental. Em geral, esta última tenta reabilitar uma personalidade defeituosa e inoperante, ou corrigir o anormal ou construir o ego pré-formado. A psicologia Budista se dirige à personalidade otimizada pela desconstrução do normal, do ego estabilizado.

Engler (1984, p. 30-31) ressalta esta distinção:

> "A produção terapêutica num tratamento clínico para as severas desordens [autismo infantil, psicose funcional ou simbiótica e condições borderlines] é por um nascer num sentido básico de ego ou como para diferenciar e integrar uma constante, consistente e duradoura auto-representação. A produção terapêutica na prática budista é como enxergar através da ilusão, ou idéia, de si mesmo – ego (*attadhitti*), como des-identificar desde aquelas identificações essenciais sobre as quais as experiências de nossa própria personalidade estão fundamentadas".

Engler (1984), Russel (1986) e Goleman (1976) recaem sobre o consenso geral de que cada método mantinha seus próprios benefícios e limitações, distintos. De acordo com estes pesquisadores, a psicoterapia ocidental era mais efetiva em fases de formação de um ego saudável e estável, prematuramente desenvolvidas, mas não tinha estrutura conceitual nem a tecnologia para ir além deste ponto. Para eles, Freud assumiu como objetivo da psicanálise trazer os indivíduos para um estado onde eles pudessem enfrentar o sofrimento humano.

De forma interessante, no modelo budista de cura dos quatro elementos, o alcance de *dukkha* - ou sofrimento humano normal - é visto como o lugar de partida para o caminho terapêutico preceder desde de então. O budismo considera normalidade, a não percepção de uma personalidade rígida e fixa, por ser uma forma de patologia e fornecer uma específica estrutura e tecnologia para expandir o limitado ego, definindo fronteiras.

Conforme Engler (1984, p. 50) ao se concentrar sobre as limitações da abordagem ocidental:

> "A mesma tentativa para adornar um ego e os objetos que terão alguma consistência e continuidade no tempo, no espaço e nos estados de consciência surge como um problema terapêutico. As duas grandes realizações sinalizam a total importância do desenvolvimento de relações objetais – identidade e constância – ainda representadas como um ponto de fixação e representação....[sobre o budismo] a perspectiva que nós entendemos como "normalidade" é um estado atrasado de desenvolvimento. Além disto, pode ser visto como uma condição patológica à medida que está embasado num teste defeituoso da realidade, neutralização inadequada dos panoramas, ausência de controle do impulso e integração incompleta do ego em relação ao mundo objetal".

O consenso geral entre os pesquisadores é que as forças e limitações divergentes em cada sistema não os tornam incompatíveis ou mutuamente excludentes, como explica Goleman (1976, p. 53):

> "Consciência é o meio que conduz a mensagem que compõe a experiência. As psicoterapias estão concentradas nestas mensagens e em seus mecanismos; ao invés disto, a meditação, de modo contrário, conduz a si própria a natureza do meio, a consciência. Estas duas abordagens não são por estes meios mutuamente excludentes, mas muito complementar. Uma terapia no futuro pode integrar técnicas de ambas as abordagens, possivelmente produzindo uma mudança em toda a personalidade, sendo mais profunda e mais potente que qualquer outra".

A maioria dos artigos que reconhecem as distinções entre psicoterapia e meditação, acredita que há entre ambas alguma compatibilidade que se fundamenta na crença de que o aspecto essencial de cada uma, pode estar dirigido ao tratamento que a outra não faz, compondo assim, um novo mapa do desenvolvimento da personalidade que incorpora percepções de ambas as psicologias, ocidental e budista. Este novo mapeamento foi proposto por vários teóricos transpessoais (Engler, 1984; Walsh e D. H. Shapiro, 1983; Walsh e Vaughan, 1993; Wilber, 1977, 1995, 1996). Estes autores demarcaram a transição do estágio pré-egóico para os estágios egóicos e destes para os estágios trans-egóicos também descritos como pré-pessoal ao pessoal e deste para o transpessoal (Wilber, 1977).

Bacher (1981), observando que a meditação *Mindfulness* e a psicoterapia ocidental apontavam para tipos diferentes de desenvolvimento do ego, recomendou uma

abordagem seqüencial na qual a psicoterapia antecede a meditação, um processo que ele definiu como mais benéfico do que uma abordagem combinada.

De acordo com esta visão, era necessário respeitar as tarefas desenvolvidas por alguém como definido pela terapia existencial humanista. Auto-identificação, expressão emocional, desenvolvimento do ego e aumento da auto-estima eram todos necessários para os indivíduos poderem empreender produtivamente as demandas da meditação, especialmente dado o fato de que a meta da meditação era a dissociação das emoções pessoais e das preocupações do ego. A meditação ensina as habilidades da atenção e tranqüilidade, um estado interno harmonioso e equilibrado e uma completa transcendência das preocupações pessoais que são o foco das terapias. Conforme Bacher, mantendo uma distinção clara entre eles, mantinha-se integridade total e o poder de cada abordagem para realizar seus objetivos declarados. Ele sustentou que, apesar da meditação e da psicologia ocidental desempenharem funções que resultam no aumento do bem-estar, a intensificação da consciência presente e suspensão da repressão, eram as principais diferenças teóricas que tornaram aconselhável a separação delas.

Russel (1986) apontou em sua revisão de literatura que existiam muitas indicações que uma pessoa necessitava para estar de modo correto e adequado bem integrada psicologicamente para meditar produtivamente. Estudos dão suporte a visão seqüencial pressupondo que a psicoterapia tem que preceder a meditação porque esta não resolve conflitos emocionais, psicopatologias ou doenças mentais avançadas. Além disto, um nível suficiente de desenvolvimento da personalidade e de vigor do ego, atingidos apenas pelos métodos convencionais de psicologia, eram um pré-requisito para se submeter eficientemente à meditação (JAMNIEN e OHAYV, 1980; KORNFIELD, RAM DASS e MIYUKI, 1983; WELWOOD, 1983).

A famosa declaração de Engler (1984, p. 52) característico do consenso de entendimento prevalecente nos anos de 1980 e 1990:

> "Você tem que ser alguém antes de poder ser ninguém. O assunto em desenvolvimento pessoal... não é ego ou nenhum ego, mas ego [ênfase acrescentada] e nenhum ego. Ambos, em sentido de ego e *Insight* interior, o fundamento ilusório de sua aparente continuidade e substancialidade são necessariamente realizadas. Sanidade e completo bem-estar psicológico incluem ambos, mas numa fase apropriada de continuo desenvolvimento em diferentes estágios de relacionamentos objetais desenvolvidas".

Thurman (2004, p. 55-57) opondo-se a esta visão, mas manteve-se em silêncio até que apoio suficiente poderia construir uma mudança de pressupostos, numa conferência, nos recentes anos de 1980, organizada por proeminentes psicólogos, relatou o seguinte:

> "Psicologia ocidental ajuda alguém que sente, ele não é ninguém se tornando alguém e a psicologia Budista ajuda alguém que sente, ele é alguém se tornando ninguém. Quando eu ouvi falar isto pela primeira vez, eu estava numa conferência de Ciência Interior com o Dalai Lama. Todos riram, aplaudiram e pensaram que isto era um grande *Insight*. O Dalai Lama era muito cortês ao mencionar qualquer coisa. Ao me levantar para fazer um comentário, ele me interrompeu e me disse que os deixasse ponderar isto por alguns anos até que eles percebam a falha no pensamento deles. Por causa de que esta idéia não é, até mesmo de longe, exata. Certamente, o propósito de alcançar sua abnegação não é sentir que você não é ninguém... isto significa que você se torna um tipo de pessoa que é viável, útil a alguém, não alguém de destaque, fixado em: eu sou o centro do universo, isolado de outras pessoas. Você se tornou o tipo de pessoa que está além da idéia de um ego conceitualmente fixo e egocêntrico, um pseudo-ego que poderia realmente ser absolutamente frágil porque está sem conexão com a realidade de sua

> natureza, constantemente, variável. Você se tornou o tipo de pessoa que nunca está contente por estar totalmente certo de quem você é - sempre livre para ser alguém novo, mais alguém".

De acordo com, Thurman (2004), existem outros pesquisadores e clínicos que contestam o modelo seqüencial linear de desenvolvimento e sugere ao invés deste um modelo simultâneo (Epstein, 1986; Loizzo, 2000; Loy, 1992; Segall, 2003). Na visão destes, o modelo simultâneo fora embasado pelo mais completo entendimento sobre a tradicional técnica budista de meditação *Mindfulness*, iniciando com a atenção reduzida e progressivamente nos estágios avançados de percepção (*Insight*) analítica. Estes autores definiram a meditação de *Insight* analítico como uma completa prática terapêutica interior sobre si mesmo, dotada do mesmo potencial para sua cura que pela, contraparte ocidental, a psicoterapia.

À medida que Segall apontava, que relativamente poucos autores sustentavam esta visão, a pesquisa sobre o modelo simultâneo ainda recente, representando o mais pleno entendimento sobre o tradicional budismo, mostrava grande respeito e sensibilidade cultural (Segall,2003). De acordo com Epstein (1986, p. 143):

> "A tentativa dos teóricos da psicologia transpessoal para explicar o lugar da meditação dentro da completa estrutura que envolve as noções de desenvolvimento do ego, freqüentemente vêem a meditação como uma intervenção terapêutica mais apropriada para aqueles que possuem um sentido de desenvolvimento total do ego. Esta abordagem tem sido útil na distinção dos níveis transpessoais de desenvolvimento desde de seu começo, em níveis pré-edipianos, embora pareça ter evitado o assunto, por exemplo, de como a prática de meditação budista poderia ser entendida como terapia para assuntos psicológicos que tem sua origem em experiência na infância... Tem sido notado que alguns desses teóricos atraídos pela meditação demonstrou narcisismo patológico, porém o papel da meditação em transformar narcisismo patológico ainda não tenha sido explorado".

Enquanto que defendendo o modelo simultâneo, Loizzo (2000) dá um passo amais endossando o uso independente da prática budista de meditação para uma grande diversidade de psicopatologias e de assuntos desenvolvidos. De acordo com sua pesquisa, os três elevados treinamentos (*adhisiksya*) não precisam de nenhum complemento e provaram eficiência ao transpor a barreira dos milênios.

Loizzo (2000) rejeita as afirmações de Russel (1986) e Engler (1984) que definiram a prática da meditação *Mindfulness* como uma técnica de encobrimento. De acordo com Loizzo (2006b), estes antigos pesquisadores erradamente pensaram que meditação *Mindfulness* não estava preocupada com integração ou com resolução; e, então era irrelevante como uma psicoterapia pré-pessoal.

Loizzo (2000, p. 151) explica que a "técnica final de *Mindfulness* é tradicionalmente definida como meditação de *Insight* analítico (*Vipassana*), na qual o intelecto racional é usado antes, durante e depois das sessões de meditação como parte de uma educação triplamente (trishiksya) dirigida para mudança terapêutica em longo prazo". Antigas descrições de meditação *Mindfulness* falharam na apreciação do seu potencial de uso e dos efeitos em seus estágios mais avançados de *Insight* – "percepção clara do objeto como ele é" – . Loizzo (2000, p. 159) diz:

> "Como livre associação, [avançada] pode ser a meditação *Mindfulness* melhor compreendida, como um estado cultivado no qual a progressão normal do estado de alerta até o estado de natividade é no início interrompida e explorada para des-automatização; *Insight* e mudança em longo prazo no lugar de um quarto estado de consciência".

Fenomenologicamente, a meditação de concentração subjuga o estado habitual de estimulação hiperativa, enquanto *Mindfulness* mantém a atenção receptiva para qualquer objeto da consciência. Quando um assunto específico for escolhido para análise, habilidade em concentração o retém indefinidamente sob sua observação, enquanto habilidade em *Mindfulness* permite inquirir racionalmente sem a reatividade emocional.

4.3.2.4 Desenvolvimento do Ego pela Meditação *Mindfulness*

A topografia de Loizzo (2000, p. 193) das técnicas Budistas estabelecidas em escolas de psicologia no ocidente estão próximas uma da outra ao invés de serem dois fins distintos de um espectro de desenvolvimento. Em confirmação dessa natureza integrativa, Loizzo apontou que na síntese Indo-Tibetana (*ekayana*), todos os três aspectos do desenvolvimento budista são praticados simultaneamente, comparável "como uma família nascida e uma mãe (*Insight* auto-analítico) e de três pais (técnicas da renúncia, da compreensão e do não passional)". Wilber (1977, 1980, 1984) refutando a visão transpessoal e os modelos de espectro linear, nos quais as práticas asiáticas tais como meditação Budista não cura neurose pré-pessoal, Loizzo (1997, 2000) denominou o conhecimento, de fato, oferecido pela psicologia budista, é um completo sistema terapêutico. Conforme Loizzo (2000) a psicologia analítica clássica e o Budismo ambos estavam (a) baseados numa coerente filosofia da mente; (b) fundamentados biologicamente e (c) forneceram técnicas terapêuticas, embasadas numa união de transformação subjetiva e relacionamentos interpessoais.

Em consonância com a posição de Loizzo, Mark Epstein, um psicanalista e autor de orientação budista, encontrou no Budismo um sistema psicológico coerente capaz de se dirigir, entre outros, a assuntos pré-pessoais. Epstein (1986, 1995, 1998,2001,2005) identificou diversos caminhos nos quais meditação budista se dirigiu, cedo, a déficits de desenvolvimento associados com o trabalho terapêutico clássico de Ego e psicologia do *Self*. Especificamente, Epstein (1986) reconheceu a utilidade do modelo de desenvolvimento transpessoal, assim como o espectro da consciência (Wilber, 1977), o desenvolvido espectro de psicopatologia (Wilber, 1984a, 1984b), e a ilusão pré/trans (Wilber,1980b), embora vista por eles como simplificação excessiva. Em sua avaliação, os limites teóricos entre os estágios pré-pessoal, pessoal e transpessoal de desenvolvimento não foram claramente definidos na prática clínica.

Por exemplo, estes modelos transpessoais viam o narcisismo como um fenômeno endêmico étnico específico da cultura ocidental e generalizado que a psicologia ocidental só estava preocupada com o nível inferior ou desenvolvimento pré-pessoal; enquanto a psicologia oriental preocupava-se somente com o nível superior ou desenvolvimento transpessoal. De modo contrário, Epstein entendeu o narcisismo como uma doença de toda a humanidade; e defendeu que os tratamentos budistas poderiam ser benéficos a qualquer nível de desenvolvimento.

Para enfatizar este ponto de vista, Epstein (1986) apontou para o fato de que a antiga cultura da Índia possuía uma confiança fundamentada na meditação embasada em disciplinas espirituais para resolver conflitos pré-pessoais e assuntos narcisistas. Ele ainda descobriu considerações na literatura Budista tradicional de que pessoas de todas disposições psicológicas e estágios de desenvolvimento da personalidade alcançavam a iluminação, enquanto estudando com Buda.

Em concordância com Epstein, Nyaponika (2001) ainda cita o caso de um transtornado assassino em massa, chamado Morggallana, que, provavelmente hoje, reuniria os critérios para se diagnosticar uma desordem de personalidade anti-social. Para o autor, Morggallana, dominou, em algum momento, a meditação *Mindfulness*,

uma vez que se tornou adepto das habilidades psíquicas - libertação alcançada - e fora escolhido pelo Buda para estar entre seus discípulos principais. Epstein (1986) concluiu que era possível para ele uma cura porque o caminho de *Insight* conduzia a extinção final de profanações (*kleshas*), incluindo originais distúrbios narcísicos. Goleman (1977) ainda relatou que até que se consiga a santidade (*arhant*), o sétimo estágio no caminho do *Insight*, os indivíduos ainda lutam com aspectos neuróticos, tais como:cobiça, ambição, hostilidade, preocupação com o ego e total destruição. Epstein (1986, p.145) declarou que havia um resíduo narcísico deixados pelos estágios pré-edipianos do desenvolvimento que persistiram por todo o ciclo da vida, mas que meditação *Mindfulness* era adequada no controle deste resíduo:

> "Da mesma maneira que este resíduo narcisista reverbera ao longo do ciclo de vida, metas ternas, aspirações e íntimas relações, podem, assim, serem vistas como reverberar ao longo do caminho meditativo, onde estruturas psíquicas derivadas de suas experiências infantis devem ser, em vários momentos, satisfeitas, confrontadas e abandonadas".

Um ponto de vista oposto estava presente nos estudos de Dubbs (1987), no qual não era sustentada a meditação *Mindfulness* como um meio de confrontar-se com aspectos psicológicos não resolvidos. Ele usou entrevistas e questionários para avaliar trinta meditadores de longa data; deste modo ele identificou raiva e desejo narcísicos não resolvidas, sendo estes elementos fundamentais a resistência deles em progredir na meditação. Ele sugeriu que o desenvolvimento psicológico e espiritual, estavam ligados, embora, seqüencialmente, apoiados a um modelo de desenvolvimento. Usando o mesmo argumento de que tendências narcísicas persistiam através dos limites desenvolvidos, Epstein (1986) sustentou que as disciplinas meditativas tinham o potencial para ser útil nos seus tratamentos psicoterapêuticos e que não tinham de ser relegadas apenas a questões avançadas no desenvolvimento pessoal.

De acordo com Hanly (1984), meditação *Mindfulness* avançada, se dirige a problemas que se originaram de um desequilíbrio entre ego ideal e o ideal de ego do indivíduo. Ele apontou que o ego ideal identificado da fonte de idéias abstratas que o ego tinha sobre si mesmo, como sendo perfeito, completo e imortal, derivara de uma longa série de negações. Ele definiu que o ideal de ego como está sendo incorporando as aspirações para transformar a existência da pessoa, surgida desde a dissolução da onipotência criada quando a dualidade mãe-filho fora primeiro reconhecida. Epstein (1986, p. 147) explica que a função do ideal de ego "é afirmar o *Self* de sua própria perfeição [enquanto] o ego ideal está associado a um desejo para tornar-se alguma coisa que em suas raízes é uma imagem internalizada de um estado perdido de perfeição".

Epstein (1986) propôs que dois tipos de disciplinas meditativas budistas poderiam ser usados para equilibrar tensões entre estas duas forças egóicas. O tipo concentração, caracterizado por sentimentos agradáveis de êxtase, felicidade, expansão e totalidade, pode ser usada para apaziguar o ego ideal. O tipo *Mindfulness* deverá prover uma clara percepção plena dos sucessivos momentos; e em último caso, revelar suas impermanências, não substancialidade e natureza insatisfatória. Este último processo, entretanto, inicialmente poderá resultar em sensações de ansiedade e pânico que destruíram a força do ideal de ego forçando o indivíduo a integrar duras e insatisfatórias dimensões da realidade. Como Epistein (1986, p. 155) apontou devido ao fato de que a avançada meditação Budista (*Vipassana*) incorporou ambos tipos de práticas simultaneamente, ele tema capacidade de fortalecer o ego ideal quando um sentido de coesão é necessário e, ao mesmo tempo, reduz o ideal de ego no qual é abastecido um sentido de auto-importância:

> "os textos Budistas são muito claros sobre a necessidade de precisar equilibrar as práticas de concentração e *Insight*, até que elas não façam uso da linguagem contemporânea do narcisismo. Está claro que eles estão aconselhando uma abordagem que equilibra um estado exaltado, ilimitado, como um que dá ênfase ao conhecimento da insubstancialidade do ego. Em relação à meditação pode, em último caso, ser conceituada como um veículo para liberar um indivíduo de seu próprio narcisismo, uma libertação que na é completa até a iluminação. Até que ponto, o indivíduo está sujeito às pressões de seus próprios impulsos narcísicos e a experiência de meditação pode ser recrutada para satisfazer aqueles impulsos, ao mesmo tempo em que estas experiências força um confronto com ligações narcísicas".

Epstein (1986) indicou mais um modo que a meditação *Mindfulness* poderá ser vista psicanaliticamente e aplicada clinicamente a serviço do desenvolvimento do ego, isto é, restabelecer as relações parentais por si mesmo prepara para atingir grande estabilidade do ego e afeta a tolerância. Desordens de personalidade nos limites narcisistas do espectro da psicopatologia tipicamente indicam arestas primitivas no ego desenvolvido associadas, entre outras coisas, a compreensão falha e a carência de afeto regulado no par mãe-filho (Mahler, 1975; Materson, 1981). Como um resultado, na maioridade, emoções negativas são ameaçadoras demais e decisivas para um paciente suportar. Epstein (1995, p. 115) postulou que meditação *Mindfulness* poderá capacitar indivíduos a aprender como auto-regular o afeto, do mesmo que uma mãe está presente e atende a s emoções agonizantes de uma criança enquanto cuidando das necessidades, apesar de promover uma separação:

> "É a abertura de uma mãe que pode, como D. W. Winnicott mostrou no seu famoso trabalho 'A Capacidade para Estar Sozinho', permitir a uma criança brincar ininterruptamente em sua presença. Este tipo de abertura, na qual não se está interferindo, é uma qualidade que a meditação [*Mindfulness*], de modo confiante, induz".

Mindfulness fortalece habilidades na observação do ego para prestar atenção aos afetos aflitivos sem uma identificação exagerada; enquanto que ao mesmo tempo, nutre uma atitude de bondade (Pali, *metta*; sânscrito, *maitri*) e aceitação, necessários para produzir a máxima frustração, satisfação demorada e construir a tolerância ao *distress*. Segundo Epstein (2001) a prática contínua de meditação *Mindfulness* ao longo do tempo têm a capacidade de promover a correção da experiência emocional que requisita ao ego amadurecer e progredir. Em relação aos mecanismos, Epstein (1995, p. 117) declara:

> "Separando nosso ego reativo do centro da experiência, a prática de atenção desvelada, eventualmente retorna o meditador a um estado de abertura incondicional, que sustenta um importante estado de ser, semelhante aos sentimentos gerados por pais que otimamente assistem seus filhos. Esta faz isto com crueldade, descobrindo o ego reativo e retornando o meditador, repetidamente, para a matéria-prima da experiência. De acordo com Winnicott, apenas nisto 'o estado de não ter de reagi' pode permitir ao ego começar a ser".

Nesta discussão sobre a psicodinâmica da meditação, Epstein (1995, p.130) deixa clara sua visão sobre o que as duas tradições da psicologia e do Budismo, respectivamente, têm a oferecer contradiz a noção convencional que dirigem a aspectos diferentes do desenvolvimento do ego:

> "Mais do que terapêutico é o que acontece durante a meditação, na qual são promovidas as metas terapêuticas usuais de integração, humildade,, estabilidade e auto-consciência. Ainda há algo no escopo da meditação Budista que reage além da terapia e direção a um horizonte de compreensão

> mais remoto de auto-compreensão do que não é geralmente acessível através da psicoterapia sozinha".

Deste modo pode ser visto que meditação *Mindfulness* tem o potencial para solucionara assuntos de coesão do ego em níveis pré-pessoal e pessoal de organização tão bem como facilitar a transcendência dos limites típicos de auto-identificação em níveis elevados de funcionamento neurótico.

Kornefield (1983, p. 37) também indicou que meditação *Mindfulness* dirigia-se a conflitos pré-pessoais e/ou pessoais junto ao espectro desenvolvido. Ele afirmou que, enquanto a terapia ocidental enfatiza análise, investigação e ajustamento da personalidade, negligenciou o desenvolvimento da concentração, tranqüilidade e tranqüilidade. Nesta visão, absorção (*samadhi*) de concentração era capaz de penetrar na superfície da mente, permitindo indivíduos a usar esta "consciência para interromper assuntos neuróticos". Ainda sustentava que meditação não era apenas um meio de buscar conforto e estabilidade, mas de trabalhando com o tumulto interior no qual um modo de transformação profunda ocorria que resultava na morte do ego.

Mas tarde, contudo, Kornefiield (1989), admitiu que meditação não era uma cura total. E começou a acreditar que em muitas áreas, tais como sofrimento, feridas da infância, habilidades de comunicação maturação de relacionamentos, sexualidade e intimidade, assuntos da carreira e do trabalho, medos e fobias, as terapias ocidentais eram melhores equipadas, mais rápidas e melhor sucedidas que a meditação sozinha. Apesar disto, sugeriu o uso destas formas de terapias em conjunto com meditação *Mindfulness*.

Loizzo e outros pesquisadores (Epstein, 1995, 2005; Thurman, 1998; B. A. Wallace, 2001) mantinham que a psicologia meditativa budista era um completo e eficaz sistema psicoterapêutico em e sobre si mesmo. Em contra-partida para Wilber (1980) e outros pesquisadores adeptos das escolas transpessoal, o Budismo não requer necessariamente modelos ocidentais desenvolvidos para completar ou satisfazer suas lacunas teóricas e práticas. Além do mais, a terapia budista, não requisita integração com terapia convencional adequada para beneficiar pacientes com desordens mentais pré-pessoais e pessoais. A necessidade por especialistas clínicos e pesquisadores ocidentais para identificar meditação *Mindfulness* como algo distinto dos objetivos e metas da psicoterapia, ou para simplificar as técnicas budistas e integrá-las em seu próprio sistema terapêutico convencional, pode refletir entre uma ou outra insegurança Eurocêntrica ou talvez sua falta de sua exposição apropriada para a meta-psicologia de tradições meditativas (Thurman, 1984).

4.3.2.5 Contra-Indicações a aplicação de Técnicas de Meditação

A pesquisa revisou as eventuais contra-indicações e efeitos adversos da prática de meditação *Mindfulness* e então, a complementou com os mais recentes resultados encontrados em estudos clínicos que endossam a eficácia desta para uma ampla diversidade de assuntos de saúde mental. Os resultados encontrados de *Mindfulness* desde as várias perspectivas budistas, científicas e clínicas revisadas sobre este ponto, foram integradas e sintetizadas às atuais.

Entretanto, há relatos conflitantes sobre como a técnica da *Meditação Mindfulness* contribui para a saúde, evidências existem dando suporte a estes possíveis efeitos. Epstein e Lieff (1981) a mais ampla revisão sobre as complicações psiquiátricas devido a sua prática. Na maioria destes casos, as pessoas que experienciaram efeitos negativos eram no começo estudantes, embora mais tarde complicações em estudantes avançados foram também relatadas.

Conforme Epstein e Lieff (1981, p. 183):

> "Experiências de des-polarização e de despersonalização foram relatadas por muitos praticantes por serem efeitos colaterais do ego sintonizado de suas meditações. Em alguns casos, os sentimentos podem ser de tal intensidade como para necessitar de consultas psiquiátricas,e pode pela virtude de suas estranhezas, precipitaram ataques de pânico. Ansiedade, *stress*, agitação e inquietação podem todos ser, paradoxalmente, aumentados através da prática de Meditação Transcendental (MT). Exacerbações de afetos depressivos a ponto de tentar suicídio pode também seguir a experiência de MT. Percepções de extrema euforia acompanhadas por fantasias poderosamente convincentes e no Inventário de Personalidade Multifásica de Minesota (MMPI) de evidencias de 'pressão excessiva do material inconsciente' seguidas por 'insuportável' disforia é descrita numa mulher de 38 anos de idade previamente bem em seguida começou a praticar meditação. Fantasias grandiosas envolveram desilusões religiosas com conteúdo messiânico eram descritas para homens há 24 anos atrás seguindo prolongadas meditações num ambiente isolado. Três episódios psicóticos, caracterizados por agitação, paranóia e tentativas de suicídio são descritos em indivíduos com uma história de esquizofrenia participando numa meditação intensiva retratam associados com jejum e privação de sono. Dois episódios psicóticos, num jovem paciente psicótico com experiências de uso de LSD, forma descritas após treinamento em *Mindfulness*".

Como Epstein e Lieff (1981) apontaram, era evidente que *Meditação Mindfulness* poderia causar experiências, profundamente, negativas em estudantes iniciantes. Ofereceram duas explicações psicanalíticas para estes sintomas negativos. A primeira era de que a meditação poderia causar uma regressão para o narcisismo primário; e a segunda, que carências individuais suficientes à resistência do ego foram capaz de combater com a nova emersão de material reprimido. Enquanto Epstein (1986) sustentava que a meditação tinha a capacidade de ser eficaz durante todas as fases de desenvolvimento da personalidade, ele concordou com Engler (1984) de que a pré-condição para esta eficácia tinha como requisito um alto nível de organização da personalidade. Bradwejn *et al* (1985) também avisou de que antes de combinar terapia e meditação, os níveis desenvolvidos do paciente devem ser cuidadosamente considerados. Todavia, dado uma recente compreensão filosófica sobre a resposta de relaxamento, é estranha por ver tais efeitos colaterais físicos como nervosismo e ansiedade. Mais preocupante, sem dúvida, são os diferentes casos que revelam instabilidade mental de alguma sorte numa forma de paranóia, ansiedade ou desilusão.

Além disto, também há a promoção de regressão para o narcisismo primário pela prática meditativa, que fora por Freud em 1930, percebido e descrito em sua crítica a experiência mística. Neste artigo, ele identificou estados de êxtase arrebatador ou de 'sentimentos oceânicos' relatados por meditadores como uma regressão a estágios de desenvolvidos na infância. 'Sentimentos oceânicos' são como 'sensações de abnegação e liberdade da carne para compreensão da Unidade Universal que é freqüentemente experimentada em mares abertos. Conforme Epstein e Lieff (1981, p. 139):

> "Freud este experiência 'oceânica' com o mais primitivo estágio de desenvolvimento do ego, o de indiferenciação entre si próprio e sua mãe, ou de narcisismo primário. Sob este ponto de vista, a meditação é entendida como um 'retorno narcisista libidinal do desejo por conhecimento interior, um tipo de esquizofrenia artificial com completo retrocesso do interesse libidinal do mundo exterior'. O desejo espiritual, postulado por Freud procura 'uma restauração do ilimitado narcisismo', uma evocação de livrar-se da ligação mãe-filho empregada como um tipo de objeto de transição designado por proteger contra os medos de separação".

Por Freud em 1930, a falta de habilidade em aceitar a existência solitária marcada por uma interrupção do desenvolvimento egóico pode causar complicações psicológicas tais como comportamento mal adaptado e dependência. Nas tradições budistas, estados de felicidade são vistos como potenciais obstáculos e devem ser dissolvidos com a mesma concentração que os induziu.

Como pode ser visto nas experiências acima descritas, de união e de reunião, estas são capazes de se tornarem dispositivos de proteção que os indivíduos usam como abrigos do sofrimento de ser autônomo. E atribuindo a atual compreensão fenomenológica dos potenciais efeitos eufóricos da meditação de concentração, iniciantes poderiam, ainda interpretá-los de modo incorreto, por vê-los como de um despertar ou como uma união com Deus, ou inconscientemente, como uma reunião com sua mãe. Esta interpretação incorreta poderá conduzir a desilusão, ou a paranóia, e ao desenvolvimento de um desejo neurótico pela sensação de segurança.

Outro aspecto importante, é o surgimento de material reprimido, que ao ser observado por Epstein e Lieff (1981) indicou falta de habilidade de alguns praticantes de meditação em confrontar-se com o surgimento de material reprimido. Outros pesquisadores (Engler, 1984; J. Miller, 1993; Russell, 1986) estabeleceram o fato de que, através de benefícios psicoterapêuticos da meditação eram potencializadas suas habilidades em descobrimento de material inconsciente, ao mesmo tempo, que não era oferecido aos indivíduos os meios para negociar com este material enraizado. Isto permite a possibilidade de surgimento de numerosas complicações psicológicas, tais como: medo, paranóia, ansiedade e até mesmo esquizofrenia. Estes pesquisadores entenderam estes sintomas como, especialmente, problemáticos para os indivíduos com deficiências no desenvolvimento do ego e que, portanto, eram incapazes de se confrontar com o conteúdo emergido. Como Epstein e Lieff (1981, p. 139) notaram:

> "a experiência de meditação oferece a oportunidade para o ego sintonizar-se novamente na experiência vivenciada e poder examinar, de novo, os conflitos não resolvidos e os impulsos incorporados ao material que se desvelaram...[Meditação] pode ser vista como uma arena na qual o material primitivo descoberto resultam em efeitos colaterais quando não há resistência do ego suficiente para superar ao poder de tal material".

Estas explicações podem tornar claro que a personalidade desenvolvida e a estabilidade do ego dos iniciantes em meditação são cruciais na prevenção de complicações advindas desta prática.

Além do mais, a antiga literatura de psicologia continha poucos estudos que relatavam efeitos adversos associados com a Meditação *Mindfulness* (Carrington, 1977; Epstein, 1990b; Lazarus, 1976; Shapiro, 1992;Walsh e Roche, 1979). Apesar disto, Epstein e Lieff (1981) revisaram as complicações correspondentes aos níveis de experiências desenvolvidos durante a meditação. J.Miller (1993) e Delmonte (1990a) estudaram o potencial para se, novamente traumatizar, como um resultado do desvelar meditativo de memórias reprimidas. Em cada um destes estudos, conseqüências negativas foram atribuídas à existência de pacientes insuficientemente preparados para o trabalho emocional envolvido na meditação. Em todos os outros casos citados, cautela era sugerida ao invés de exclusão do tratamento.

Após a revisão de uma ampla diversidade de terapias mente-corpo em uso, na atualidade, na medicina e na psiquiatria, Austin *et al* (2003) forneceram diversas descobertas úteis com relação ao potencial de efeitos adversos. Notaram que, eram adotados distintos testes farmacológicos, justamente por estes, não serem ferramentas estáveis para avaliação dos eventos adversos associados a terapias mente-corpo. Entretanto, ao apresentaram, diferentes exemplos de estudos controlados que relataram

aumento da ansiedade, em torno de 17% a 31%, experimentado pelos pacientes durante a meditação de relaxamento, tão alto quanto 53% durante a meditação *Mindfulness*. Este significativo e, aparentemente irônico, aumento poderia ser compreendido pelo fato de que *Mindfulness* estimula a presença contínua no momento presente para se experiência-lo, enquanto a meditação de concentração tenta contornar ou surpreender estas experiências.

Corroborando, Austin *et al* (2003) compilaram uma lista de adversas experiências observadas durante a meditação que incluiam sentimentos e sensações não familiares, pensamentos intrusivos, um sentido de perda de controle, flutuação, câimbras e espasmos musculares, vertigem, sentimento de vulnerabilidade e fortes sensações. Contudo, em uma pesquisa sobre efeitos adversos com 116 psicólogos que utilizam meditação, foi relatado por estes que apenas 3,8% de seus pacientes terminaram o treinamento em meditação com um resultado composto por algum desses efeitos colaterais. Enquanto que, efeito transitório negativo não era freqüente, Austin *et al* (2003, p. 139), concluíram que era "apenas prudente aplicar tais terapias após cuidadosa avaliação dos pacientes e num contexto próprio ao relacionamento profissional".

4.3.2.6 Meditação *Mindfulness:* Valor Clínico

Deatherage (1986) estudou a eficácia da Meditação *Mindfulness* como uma técnica primária e secundária para uma diversidade de pacientes psiquiátricos em terapia de longo prazo. Ele conceituou meditação como um regime de auto-tratamento com vários benefícios que incluíam introdução dos pacientes em seu próprio processo mental e as suas preocupações, apresentando-o a um método de acesso e de controle sobre estes processos e assim contendo elevada eficiência de custo adequado ao terapeuta. Estudos de Carpenter (1977) e D. H. Shapiro e Gilber (1978) mostraram que a eficácia da prática de *Mindfulness* surge de suas funções duais de relaxamento e de *Insight*. Deste modo, a Meditação *Mindfulness* ajudava praticantes a enfrentar a reatividade ao *stress* por introduzir, gradualmente nestes, um sentido de tranqüilidade (*samatha*). O *feedback* disto, conduz para o estabelecimento de habilidades de auto-observação e reconstrução cognitiva propícios a uma compreensão mais realista (*Vipassana*) da experiência presente.

Kutz *et tal* (1985, p. 1), em consideração à integração de Meditação *Mindfulness* a psicoterapia, adotou a hipótese: "qual os diferentes mecanismos entre as duas técnicas que permitem estas duas formas de auto-observação se complementarem". Consideraram diversos fatores que tornam a meditação relevante à psicoterapia, iniciando com o novo treinamento da descrição perceptiva que permitia aos indivíduos distinguir os pensamentos e as emoções das experiências. Por meio desta forma de observação, os paciente poderiam perceber, em separado, como distintas entidades, um objeto mental e suas emoções concomitantes; e através deste *Insight*, ser capaz de testemunhar como seus próprios pensamentos causavam emoções aflitivas, assim lhes atribuindo poder para minimizar o caminho psicossomático negativo. Praticantes de Meditação *Mindfulness* também cultivavam o uso, intenso, de processos primários de pensamento. Como Kutz *et tal* (1985, p. 4) explicaram:

> "no estado meditativo, processos primários de pensamento são primeiro experienciados como intensa consciência perceptiva. Objetos e suas representações perceptivas aparecem mais vívidos e há uma grande consciência de suas qualidades primárias, tais como forma e cor. Qualquer objeto neste estado pode ser mais do que ele é, em lugar de pouca função a representar... Assim, objetos adquirem uma qualidade de primeiro... a qual introduz grande flexibilidade conceitual, jáo meditador pode considerar

> objetos e eventos exteriores repletos de usuais contextos condicionados secundários".

Intensificar a sensibilidade perceptiva que se associa aos processos primários de pensamento, envolve dois benefícios. Primeiramente, traz um sentido de renovação e de vigor para as experiências cotidianas dos pacientes; embora também seja uma ajuda a terapia, por proporcionar aos pacientes a compreensão de suas dinâmicas interiores. Deste modo, pode ser entendido que *Mindfulness* cultiva uma receptividade emocional ao invés de reatividade. Isto desliga as defesas inconscientes e permite a imersão do material reprimido, o qual pode, então, ser examinado por regras não lineares, flexíveis e sem julgamentos de um processo primário de pensamento.

Kutz *et tal* (1985, p.6) concluíram seus estudos destacando três vantagens significativas na aplicação de Meditação *Mindfulness* na psicoterapia: primeiro, eles concluíram que *Mindfulness* agia como uma forma diária e pessoal de psicoterapia:

> "É a estância cognitiva que torna a Meditação *Mindfulness* tão adequada a um instrumento psicoterapêutico auxiliar. O meditador pode ser engajado num modo psicobiológico de introspecção, externo a sessão psicoterapêutica. Por meio da meditação, a terapia é transformada em uma programação diária, como era prescrita no seu apogeu".

Segundo, eles a prática contínua de *Mindfulness* servia como um foro preparatório para as sessões terapêuticas semanais. "O multidimensional material primário processado e exibido durante a meditação, como também a capacidade de observação do ego para se dar conta de seus próprios conteúdos, fornece abundante matéria-prima que pode ser levada às sessões semanais de psicoterapia" (KUTZ *et tal,* 1985, p.6). Terceiro, os autores declararam que psicoterapia e *Mindfulness* eram tecnicamente compatíveis e reforçavam-se mutuamente:

> "Psicoterapia contém a noção de que a compreensão da dor e das defesas do indivíduo pode aliviar o sofrimento e promover o desenvolvimento psicológico. Como tal, compartilha com a tradição budista a meta de libertação através da auto-exploração... A inclusão da meditação deveria ser vista dentro deste contexto. As ciências modernas podem promover a expansão do conhecimento e da estrutura das ciências biológica e comportamental. Tradições da meditação, particularmente do Budismo, não fornecem apenas a tecnologia da prática de meditação, mas também o espírito por trás da filosofia que considera qualquer constructo mental, incluindo este modelo, como uma mera explanação e como tal, impermanente e parcialmente ilusionário. O acréscimo das técnicas meditativas a psicoterapia não deverá modificar a psicoterapia e nem reduzir a função do psicoterapeuta" (KUTZ *et tal,* 1985, p.7).

Rubin (1991, p. 197) relatou a respeito da integração de Meditação *Mindfulness* a psicologia envolvendo um estudo de caso com pacientes de terapias para longo prazo que tinham recentemente sido treinados em meditação. Após um ano com estes pacientes, Rubin descobriu que:

> "meditação, o coração da pratica do Budismo, pode enriquecer o tratamento psicanalítico. A prática budista pode aumentar a capacidade de auto-observação e assim, aumentar a auto-consciência; facilitar o acesso ao material inconsciente e aumentar o alcance da compreensão; reduzir a tendência auto-recriminatória; facilitar a auto-delimitação; fornecer afetos suportáveis e de integração e reduzir os afetos depressivos; estimular a des-automatização do pensamento e da ação".

Rubin conclui que, cuidadosamente aplicada, a meditação suplementa e complementa a psicanálise e defendeu a contínua alternância destas duas formas de transformação pessoal.

Num estudo inicial, Rubin (1985) descobriu que *Mindfulness* enriquece a escuta psicanalítica por desenvolver no analista, o que Freud chamou, de uma atenção flutuante. Sendo assim, a prática beneficiou tanto o terapeuta quanto o cliente. Lesh (1970) também observou aumento na compreensão das orientações como um resultado da meditação, uma descoberta que foi validada por diversos outros estudos (Delmonte, 1990b; Dreifuss, 1990; Dubin, 1991; Sweet e Johnson, 1990). Todos estes estudos apontaram para o fato de que o discernimento do terapeuta fora grandemente ressaltado por uma habilidade de estar, perceptiva e emocionalmente, ligado ao cliente e cognitivamente, estar livre de julgamentos relacionados aos assuntos que surgem.

Conforme, Rubin (1985, p 606), na discussão sobre os benefícios da reestruturação mental meditativa:

> "a vida diária está freqüentemente impregnada de 'falta de atenção' e de automatismo de pensamento e de ação. Nosso típico modelo de percepção está para um escopo irreconhecível, seletivo, distorcido e fora do controle voluntário. Nós, geralmente, operamos num piloto automático – reagindo a uma combinação consciente e inconsciente de associações falaciosas -, fantasias antecipadas e medos habituais que nos tornam inconscientes da estrutura atual de nossa experiência".

4.3.3 Psicoterapias baseadas em *Mindfulness*

A prática de *Mindfulness* passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de *stress* de Kabat-Zinn (1982). O conceito, cuja origem está nas práticas orientais de meditação (Hanh, 1976), despertou, logo no início dos anos 1990, o interesse de clínicos de outras áreas da medicina e tomou de assalto às terapias comportamentais contextualistas, que já tinham afirmado sua identidade durante a década anterior (Zettle e Hayes, 1986; Kohlenberg e Tsai, 1987; Linehan, 1987). Talvez, este despertar se estabeleceu devido a presença, implícita de uma noção sobre meditação presente nas práticas clínicas tradicionais (Hayes, 2004), presença esta, que talvez explique a rápida absorção, de um conceito, aparentemente exótico, por comunidades tão conscientes da sua herança conceitual como as dos terapeutas comportamentais e cognitivos.

Sendo assim, serão abordadas a seguir, algumas formas terapeuticas contemporâneas como as comportamentais e as cognitivas, apresentando a forma como *Mindfulness* é praticada.

4.3.3.1 Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT)

Num estudo inicial realizdo por Teasdale, Segal e Williams (1995) determinou-se como *Mindfulness* complementava as abordagens cognitivas para prevenção de recaídas em depressão. O raciocínio estava baseado no fato de que tratamentos cognitivos estruturados para depressão motivavam algumas pessoas a experimentar uma recaída após o período de intervenção inicial. Indicando, ainda, a necessidade de continuar intervindo por meio de abordagens psicológicas preventivas, que poderiam ser administradas para recuperar pacientes que estavam numa fase de humor eutímico – positivo e normal.

Uma análise do processamento de informação sobre permanência e a recaída depressiva, esta última, era lembrada a fim de se definir as exigências à prevenção afetiva e para se poder propor mecanismos pelos quais a terapia cognitiva poderia

alcançar um efeito profilático (TEASDALE *et al*, 1995). A análise sugeriu que efeitos similares poderiam ser encontrados através do uso de técnicas de redução do *stress* baseadas no controle da atenção que eram ensinadas pela Meditação *Mindfulness*. Teasdale *et al* (1995) apresentaram uma análise do processamento de informação pela atenção plena e pela desatenção e suas relevâncias na prevenção de recaídas em depressão. Esta análise forneceu as bases para o desenvolvimento do Treinamento de Controle da Atenção (ACT), mais tarde denominada Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) que deveria ser aplicado na recuperação de pacientes deprimidos. Este treinamento integrava aspectos de terapia cognitiva e de *Mindfulness* e era uma nova abordagem para a prevenção de recaída em depressão.

Mais tarde, Teasdale (1999), contribuiu para a pesquisa sobre *Mindfulness* por enunciar um preciso mecanismo que a distinguia da terapia cognitiva, apresentando uma clara distinção entre conhecimento meta-cognitivo (reconhecimento de que os pensamentos não eram, necessariamente, sempre precisos) e *Insight* meta-cognitivo (experiências pensadas como eventos no campo da consciência, ao invés de como leituras diretas sobre a realidade).

Estas descobertas deram suporte as pesquisas de Kabat-Zinn (1982), quem descobriu que a des-identificação era o principal atributo da Meditação *Mindfulness* na redução de sintomas não específicos, como os de *stress*, e específicos, como de ansiedade, entre outros. Teasdale (1999) examinou esta distinção e suas relevâncias para a prevenção de recaídas e da recorrência de depressão sem a estrutura teórica que integra o subsistema cognitivo e sim, tendo *Mindfulness* como uma alternativa à terapia cognitiva, por concentrar-se na alteração do conteúdo dos pensamentos e dos sentimentos relacionados à depressão, buscando compreender ocmo eram processados e experienciados.

Este modo de *Insight* meta-cognitivo favorece que os pensamentos sejam simplesmente experienciados como eventos dentro da mente, podendo ser uma útil estratégia clínica. Enquanto que o modelo cognitivo tentava transformar padrões não saudáveis de pensamento mudando-os ou substituindo-os por novos padrões-pensamento, a Meditação *Mindfulness* alterava o modo que a pessoa se relacionava com estes padrões-pensamento pela compreensão de que estes eram entidades distintas. Estudos sobre recaídas em depressão, tais como os de Teasdale (1988), indicaram que temperamentos depressivos reativavam pensamentos não saudáveis e produziam padrões cognitivos difíceis de se alterar, enfatizando o fato de que isto era mais efetivo a mudança de relacionamentos das pessoas com esquemas cognitivos do que era para transformar os pensamentos do indivíduo.

O apoio para a hipótese anterior veio de Teasdale *et al* (2000) que avaliou MBCT como um método para ajudar pacientes, recorrentemente, a desligarem-se de atividades disfóricas e pensamentos depressogênicos.

4.3.3.2 Terapia de Prevenção de Recaída em Depressão

Keller *et al* (1983) avisou, entretanto, que a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* - MBCT estava programada para uso na recuperação da depressão, e que não estava, provavelmente, programada para ser eficaz durante um agudo episódio depressivo, no qual os pacientes têm dificuldades de concentração e a intensidade de pensamentos negativos interfere na sua habilidade para adquirir o controle da atenção, habilidade central da MBCT. Concluíram que MBCT ajuda, quando aplicada de modo isolado ou em combinação com outras formas de intervenção, o compromisso estabelecido pelas terapias.

Teasdale (1999a; 1999b) propôs um modelo psicológico detalhado – o modelo de subsistemas cognitivos interativos - para fundamentar o uso do treinamento de *Mindfulness* na prevenção de recaída em depressão em pessoas que obtiveram êxito com a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* - MBCT.

A intenção deste treinamento é que a pessoa aprenda a detectar e a reconhecer, de modo amistoso, e logo depois se desapegue dos pensamentos e dos sentimentos depressogênicos, antes que estes reiniciem o espiral rumo à depressão. O programa padrão, de Segal, Williams e Teasdale (2002), inclui como o de Kabat-Zinn (1990), oito sessões com intervalos semanais, em grupos menores, normalmente atendendo doze participantes, sendo que estes não podem estar deprimidos na época de participação do treinamento.

Primeiro, discute-se o fenômeno do piloto automático. Depois, as habilidades de *Mindfulness* são treinadas. E finalmente, ensina-se como usá-las para lidar com pensamentos automáticos e para cortar o espiral depressivo no seu início.

No engenhoso modelo de cognição central, de Teasdale (1999a; 1999b), entradas sensoriais ativam esquemas cognitivos que atribuem sentido, a essas informações. Os esquemas, constituem um sistema indicativo, em geral, contendo informação abstrata que a pessoa precisa para filtrar e entender suas percepções. Este sistema, sendo ativado por um dado estímulo, gera interpretações, inferências e atribuições em forma de pensamentos formulados como proposições lógicas. Estes pensamentos automáticos constituem o sistema proposicional que produz emoções e reações somáticas, além de direcionar a ação. Grandes números destas proposições concretas, por sua vez, podem ser sintetizados em crenças abstratas que são armazenadas no sistema indicativo. As sensações somáticas (por exemplo de fadiga e de desânimo) e emoções (como a tristeza), que são resultados de pensamentos automáticos, também fornecem novas entradas no sistema indicativo, onde podem alimentar esquemas depressogênicos.

Quando ambos os sistemas funcionam sem registro, os sentidos gerados pelo sistema indicativo dominam, diretamente, o sistema proposicional e as emoções e as sensações somáticas geradas pelo sistema proposicional invadem o sistema indicativo. A pessoa reage de forma cega, sem visão do contexto, sob controle imediato da emoção isolada. O comportamento torna-se impulsivo e irracional.

Quando o sistema proposicional funciona com registros temporários (modo *buffer*), as informações provenientes do sistema indicativo serão compactadas junto com os elementos contextuais às quais estão relacionadas. Isto resulta na elaboração racional dos conteúdos em redes de proposições claras e ordenadas. A pessoa pensa e reflete, julga e avalia. O sistema indicativo, funcionando sem *buffer*, reage diretamente às entradas do momento, o que quer dizer que o sentido de tudo isto será vivido em nível bem superficial e sem integração com a visão completa da existência. Os significados mais amplos e mais sutis das vivências não entram no jogo e as implicações imediatas e concretas dominam.

Quando o sistema indicativo funciona no modo *buffer* (com registros prévios), as informações relativas às implicações dos conteúdos são compactadas e contextualizadas junto com as novas entradas provenientes de emoções, sensações e pensamentos. Estas informações permitem uma perspectiva mais ampla em relação aos conteúdos que são processados. Os eventos externos (entrada sensorial), os pensamentos (proposições) e as percepções de efeitos somáticos e emocionais da atividade do sistema proposicional serão processados como parte de um todo muito mais amplo. Ao mesmo tempo, o sistema indicativo reage, de modo direto, às entradas do momento sem *buffer* (sem registro prévio), o que significa que a razão está inteiramente dedicada ao momento,

livre de preconceitos, categorias e regras provenientes de fontes alheias à vivência que está sendo processada. Esta terceira forma de interação entre os subsistemas, segundo Teasdale (1999a) é a chamada por *Mindfulness*.

O ponto principal do raciocínio de Teasdale, Segal e Williams (1995) é que não são os pensamentos disfuncionais que causam a recaída na depressão, mas a forma em que a pessoa os processa. *Mindfulness* é um modo de funcionamento cognitivo incompatível com a configuração cognitiva que leva à recaída. Os exercícios copiados do programa de Kabat-Zinn (1990) permitem ao indivíduo aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional, e, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada referente aos pensamentos depressogênicos que emergem.

Teasdale et al (2000; 2002) mostraram que as pessoas que têm mais ganho com o treinamento em *Mindfulness* são aquelas com episódios depressivos recorrentes. Isto pode ser compreendido, já que se ensina aos participantes que o círculo vicioso depressivo é iniciado não pelo sentimento ou pensamento negativo, mas pelas tentativas emocionais ou racionais de esquiva destes, que levam a um aumento dos conteúdos que eles tentam suprimir. Os participantes aprendem a não iniciar a reflexão depressogênica (Ramel, Goldin, Carmona, e McQuaid, 2004), mas, pelo contrário, a aceitar plenamente o momento atual, incluindo seus aspectos negativos, e a direcionar seus esforços a atividades relevantes.

As pesquisas de Segal e Ingram (1994); Segal, Williams, Teasdale e Gemar (1996); Williams, Teasdale, Segal e Soulsby (2000) e Teasdale et al (2002) mostraram que, entre os clientes que passaram com sucesso pela Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* - MBCT para depressão, os que têm maior probabilidade de recaída são aqueles que reagem à recorrência de sintomas depressivos com tentativas de supressão do pensamento ou algum tipo de rejeição de sentimentos, produzindo assim, involuntariamente, cascatas de pensamentos negativos. O risco desse grupo de pessoas desenvolver episódios de depressão maior ou de transtorno de ansiedade generalizada é alto. O alvo do treinamento em *Mindfulness* é reduzir nesses ex-pacientes, a reatividade cognitiva a mudanças de humor. A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* – MBCT promove a recuperação de um maior conjunto de modos de reagir alternativos à reflexão depressiva.

A aceitação de variações de humor e, especialmente, de sentimentos e sensações negativas é fundamental neste processo. Com as técnicas de *Mindfulness*, o indivíduo aprende a detectar o momento em que o humor está rebaixando e a impedir a passagem do humor negativo para o pensar negativo, efetuada pelo piloto automático. Assim, desenvolve a capacidade de aceitação do humor triste como parte do cenário e não como o aspecto central de sua existência. Aprende-se, também, através dos exercícios de *Mindfulness*, a se manter no momento presente, sem precisar acessar idéias a respeito do passado ou do futuro que, estão de acordo com o modelo, contidos em esquemas depressogênicos.

Teasdale *et al* (2000) descobriram que *Mindfulness* era mais eficaz em grupos de alto risco, para o qual, terapias não farmacológicas convencionais não obtinham sucesso. MBCT oferecia uma promissora abordagem psicológica de relação de custo-benefício favorável à prevenção de recaídas e de recorrência periódicas recuperações em pacientes deprimidos com mais de dois episódios de depressão vivenciaidos; atualmente o número utilizado no diagnóstico de desordem depressiva maior. A relação de custo-benefício fora derivada como um resultado de dois fatores: (a) MBCT poderia ser ensinada em grupo, de forma educativa, podendo reduzir os gastos do tratamento e conservar o tempo dos psicólogos e (b) para clientes em terapia individual; habilidades

de *Insight* poderiam ser desenvolvidas mais rapidamente porque muito da experiência terapêutica aconteceria fora da sessão terapeutica.

4.3.3.3 Terapia Comportamental Dialética

A Terapia Comportamental Dialética é um programa desenvolvido por Linehan (1987), especificamente para o transtorno de personalidade *borderline*. Linehan (1993) introduz o treinamento de *Mindfulness* no princípio do treinamento de habilidades sociais, uma das partes essenciais do programa.

Os componentes desta habilidade – *Mindfulness* - são: (1) Observar: estar atento a eventos, a emoções e a diversos aspectos do próprio comportamento. Esta habilidade pretende que o participante aprenda a detectar e reconhecer estes eventos e a não usar estratégias de esquiva ou de controle das emoções. Assim, o indivíduo observa os conteúdos como sendo distintos de si mesmo e com isto, sentimentos e pensamentos aversivos deixam de ser ameaçadores. (2) Descrever: refere-se ao relato verbal dos eventos e das próprias reações a estes. Neste ponto, a escolha de uma linguagem que seja realmente descritiva, e não avaliativa ou explicativa, é importante. (3) Participar plenamente sem promover atividades paralelas como racionalizar ou justificar. As qualidades que definem estas habilidades na prática são: (1) Não julgar, isto é: não avaliar, categorizar, descartar ou desqualificar; (2) Estar atento, de forma integral, a somente uma coisa de cada vez e (3) Agir de forma efetiva, em total acordo com seus valores e alvos de vida.

Os exercícios no grupo são muito variados e incluem estar intencionalmente atento às sensações corporais, como por exemplo, as sensações de sentar numa cadeira, de colocar a mão numa superfície e, exercícios focalizando a observação dos próprios pensamentos e sentimentos, promovendo a aprendizagem de que devem ser reconhecidos como simplesmente pensamentos e sentimentos e nada mais. Linehan (1993) faz distinção entre três modos de funcionar: mente emocional; mente racional; e mente sábia. A mente emocional refere-se ao modo de ação impulsivo, dirigido pelo que se sente. É genuína e intuitiva, mas instável e imprevisível. A mente racional seria o modo de funcionar sob controle do pensamento lógico. Garante a racionalidade, mas tem a desvantagem de ser fria, calculista e alienada. A mente sábia refere-se à sabedoria profunda que a pessoa tem, o que sente estar certo. É altamente intuitiva, mas direcionada pelos valores profundos da pessoa e pela visão ampla que constrói de sua existência.

A diferença entre a mente racional e as outras duas mentes é que estas estão relacionadas ao sentir, e não ao pensar. O que parece ser verdadeiro ou certo enquanto o calor da emoção está no seu auge se refere à mente emocional. Se a pessoa espera e deixa esse calor passar, e ainda sente que aquilo é verdadeiro, pode se tratar da mente sábia. A mente emocional pode ser reconhecida pela intensidade da emoção, enquanto que a mente sábia é marcada pela continuidade. A pessoa encontra-se neste modo de funcionar quando suas emoções e sua razão estão em sintonia, facilitando ação sábia, mesmo quando sua vida, ou as circunstâncias desta, estão realmente difíceis. Neste modo, a pessoa pode abraçar cada momento como é e não como gostaria, ou temeria, que fosse. Isto não só permite que a pessoa participe mais plenamente de momentos felizes da vida e entenda com mais clareza os seus problemas, mas também que não crie desnecessariamente mais sofrimento para si mesma e atue com mais agilidade quando for necessário.

Enquanto o transtorno de personalidade *borderline* é marcado por bruscas variações de humor, por mudanças radicais entre idealização e desvalorização dos outros nos relacionamentos íntimos e significativos e por padrões de relacionamento

interpessoal caóticos, como também por instabilidade e fragmentação da percepção de si, na filosofia dialética de Linehan (1993) conceitos como 'bom', 'mau', ou 'inadequado' são comparáveis a fotografias instantâneas que representam momentos, arbitrariamente, escolhidos de um processo dinâmico que não se deixa categorizar em termos tão unipolares. Para a pessoa com este transtorno, *Mindfulness* é uma habilidade útil para o enfrentamento de emoções e desejos extremos e contraditórios. Representa a construção do meio termo, sem precisar abrir mão de sentimentos contraditórios, mas genuínos, sem abrir mão das posições fortes e sem tentar controlar ou reprimir sentimentos intensos. O objetivo é praticar e vivenciar a mente sábia.

Tendo acesso à mente sábia, a pessoa é capaz de acolher conteúdos aversivos ao invés de fugir ou esquivar-se deles. Com a diminuição da esquiva vivencial, sentimentos e pensamentos aversivos se tornam mais toleráveis. Assim, cria-se uma relação mais amistosa com conteúdos negativos e aumenta-se a capacidade de entrar em contato pleno com os sentimentos. Com esta habilidade, pode-se aprender a entender quando, como e em que circunstâncias ocorrerão às emoções e os pensamentos negativos. Uma vez que se detecta os determinantes das suas próprias reações, é possível agir sobre as causas. E com esta habilidade aprimorada, a pessoa pode se conhecer melhor, bem como reconhecer suas tendências e vieses. Conhecendo-se melhor, será capaz de lidar melhor consigo mesma e de se respeitar mais. Trata-se da forma de viver que a terapia comportamental dialética promove (LINEHAN, 1993).

4.3.3.4 Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e de Compromisso – ACT, da expressão original em inglês *Acceptance and Commitment Therapy*, foi desenvolvida a partir da releitura contextualizada do processo psicoterapêutico (Hayes, 1987). Um dos alvos principais da ACT é a redução da esquiva experiencial, que é vista pela teoria como uma das maiores fontes do sofrimento humano. A ACT promove uma atitude de aceitação de pensamentos e de emoções como realmente são, e não como parecem ser. Uma vez livre da luta contra as próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, as pessoas podem agir de modo produtivo sobre seu ambiente.

O modelo postula que os transtornos de ansiedade são decorrentes da socialização da pessoa de acordo com quatro contextos sócio-verbais patogênicos, que resumem uma variedade de armadilhas embutidas na forma em que se faz uso da linguagem no ato de pensar (Hayes, Pankey e Gregg, 2002). O contexto de literalidade refere-se à tendência de idéias e pensamentos de se tornarem fonte de regulação de emoções e cde omportamentos mais importantes. Assim, não há espaço suficiente para o efeito regulador saudável da experiência direta. Os conceitos podem determinar as reações como se, literalmente, fossem fatos que fazem a pessoa se esquecer de que não são nada mais do que produtos verbais. Se o controle verbal se torna excessivo, as pessoas começam a viver em função dos conceitos, crenças e vieses. O contexto de avaliação refere-se à tendência automática de categorizar eventos em termos de bons ou ruins. Se estas avaliações não são baseadas nas vivências diretas e contextualizadas em ampla visão das mesmas, podem influenciar as reações dos indivíduos embasadas em modos injustos e rígidos, principalmente quando estão baseadas em regras sociais ou construções verbais.

O contexto de controle refere-se à tendência de se tentar eliminar os sentimentos, pensamentos e sensações avaliados como negativos. Trata-se de tentar rejeitar aspectos de sua própria vivência, ao invés de enfrentar as condições no contexto da vida que os geram. O contexto de dar razões refere-se a tentativas de criar explicações literais para os problemas, tornando estes últimos socialmente aceitáveis ou ao menos

compreensíveis. Enquanto a cultura, em geral oferece amplo apoio a esta estratégia, mostrando mais compaixão, tolerância e outras vantagens às pessoas que conseguem explicar bem suas ansiedades e seus comportamentos auto-destrutivos, esta produção de razões lógicas e aceitáveis pode afastar as pessoas cada vez mais do contato com as condições que realmente poderiam mudar para então, resolverem seus problemas.

Mindfulness pode ajudar a enfraquecer os diferentes contextos sócio-verbais patogênicos: (1) o contexto de avaliação, porque os exercícios de *Mindfulness* levam a habilidades para vivenciar seus conteúdos como realmente são, sem categorizá-los ou atribuir-lhes conceitos e significados derivados de outras fontes. (2) O contexto de controle, porque a pessoa aprende a respeitar pensamentos e sentimentos positivos e negativos. (3) O contexto de dar razões, porque nos exercícios de *Mindfulness* a pessoa aprende a vivenciar o momento sem racionalizar. (4) O aspecto de literalidade acontece porque o indivíduo aprende a reagir a pensamentos pelo que são – nada mais do que pensamentos - mesmo quando são desagradáveis.

Hayes e Gregg (2000) distinguem três níveis da vivência de si. O Eu Conceitual constituído pelo que se pensa sobre si mesmo, envolvendo conceitos que explicam o que a pessoa percebe a respeito dela mesma, identificando-se, demasiadamente, com seu Eu Conceitual, na maioria das vezes, gerador de atitudes defensivas, rígidas e desonestas. A pessoa que cai nesta armadilha terá dificuldade de aceitar, ou até mesmo de entender aspectos da sua vivência que não cabem na camisa de força do seu auto-conceito e se dedicará a disfarçar ou negar estes aspectos. Muito importante no processo de distanciamento deste Eu é a extração, a partir deste distanciar, do caráter literal de seus pensamentos e das regras, aprendendo que estes não são o que parecem significar. Neste processo, a pessoa aprende que ele não é o que pensa sobre si mesmo, podendo assim, descobrir que seus pensamentos são nada mais do que seus próprios comportamentos verbais e, portanto, não podem impor nenhuma realidade ao que ele deveria se adequar.

O "Eu" vivencial é a vivência dos sentimentos, sensações e pensamentos. Neste nível, a pessoa se reconhece no fluxo perpétuo de mudanças. Ter contato com o "Eu" vivencial leva a características saudáveis como atitudes flexíveis, genuínas, a abertura para a experiência e capacita ao crescimento. Porém, realmente identificar-se com estes conteúdos mutáveis e imprevisíveis caracteriza-se por um modo de ser altamente instável e impulsivo.

O "Eu" observador corresponde à perspectiva transcendente, em que a pessoa tem consciência de que não são nem os conceitos que ela tem sobre si, nem os conteúdos que vivencia, sendo todos estes eventos com os quais lida, mas que são distintos dela mesma. O contato com este nível de ser permite que a pessoa se reconheça como expectadora dos seus problemas e conflitos e, assim, consiga entendê-los melhor porque não se confunde com eles. O distanciamento tomado em relação aos pensamentos e sentimentos aumenta a tolerância aos mesmos, bem como permite ver suas implicações mais amplas de modo mais claro.

Mindfulness, na ACT, consiste em praticar o "Eu" como perspectiva e não como conteúdo. A intenção é aumentar a consciência que a pessoa pode ter de sua vivência interior (emoções, pensamentos, sensações) por habilidades que envolvem observação e aceitação. A aceitação de sentimentos e sensações (que não são sempre o que se deseja) facilita a disposição para agir num mundo que não está sob seu controle, mas em que se pode produzir efeitos importantes, com a condição de se envolver ativamente nele, ao invés de vivê-lo em sua cabeça. Nesta perspectiva, a pessoa não é seu fluxo de consciência, já que todos os conteúdos passam, enquanto ela permanece. Sendo assim, aprende a tomar a posição de observador que permite um contato íntimo com os conteúdos e o fluxo dos momentos da vida, sem se confundir com estes, podendo

enxergar o sentido mais amplo dos mesmos. Assim, a pessoa torna-se capaz de agir de acordo com seus valores e não sob o controle dos contextos sócio-verbais descritos.

4.3.3.5 Terapias Comportamentais

O movimento da terapia comportamental conheceu três ondas. Na primeira, sgundo o modelo clássico pautado na teoria pavloviana, as técnicas de exposição dominam o tratamento. Representantes atuais da terapia comportamental clássica, como os programas de tratamento para transtornos de ansiedade usando exposição ao vivo, têm apoio empírico importante (Eysenck, 1994). A segunda onda se caracterizou pelo modelo cognitivo racionalista, baseado em processos psicológicos mediados por sistemas de crenças subjacente, que são as terapias cognitivo-comportamentais argumentativas, cuja área de aplicação é a dos transtornos de humor (BECK, 1995).

A terceira onda privilegia a procura de epistemologias alheias, como o construtivismo cognitivo, releituras contextualistas do behaviorismo radical, ou novos modelos cognitivos mais interativos e menos lineares. Está pautada numa visão contextual de eventos privados e relações interpessoais (Kohlenberg, Tsai e Dougher, 1993; Linehan, 1993; Hayes, 2004), diferente das tentativas diretas de modificar pensamentos ou sentimentos, como foi a prática das duas ondas anteriores. Um princípio central nas terapias da terceira onda é que pensamentos não devem controlar diretamente a ação. A pessoa deveria agir de acordo com seus valores, algo muito mais intuitivo. A racionalidade implacável é objeto de desconfiança (Hayes, Pankey e Gregg, 2002). A noção de *Mindfulness* é coerente com estas preocupações e foi bem recebida pelas vertentes da terceira onda, tanto na ala cognitiva quanto na comportamental.

Para poder perguntar se *Mindfulness* é uma inovação inusitada ou é um novo nome para um princípio que já fez parte das práticas comportamentais e cognitivas tradicionais, sem ter sido identificada explicitamente na teoria, é preciso resumir *Mindfulness* numa definição operacional. A diversidade de compreensões da prática nas diferentes terapias clamou por tentativas de criar uma descrição dos processos psicológicos envolvidos. Bishop *et al* (2004) propuseram um modelo de *Mindfulness* consistindo de dois componentes. O primeiro é a regulação intencional da atenção, focalizada na vivência imediata. Isto permite a detecção de eventos privados no momento em que ocorrem. O segundo componente envolve a orientação para a experiência, caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação.

O primeiro componente do modelo de Bishop *et al* (2004) implica capacidades de sustentar a atenção e trocar o foco de atenção, de modo intencional e de maneira flexível, quando houver uma distração. O resultado desta prática é que a pessoa não fica presa na elaboração automática e desnecessária da experiência e em suas associações, que podem levar a processos de reflexão. Assim, a prática de *Mindfulness* libera recursos cognitivos presos nessa elaboração secundária da vivência, o que leva à capacidade de processar diretamente maior variedade de eventos. Isto possibilita uma perspectiva mais ampla das vivências.

O segundo componente é a abertura vivencial para a realidade do momento atual. Depende de uma decisão consciente de abandonar suas tentativas de não viver o momento como é, e de permitir que pensamentos, sentimentos e sensações se apresentem espontaneamente. É uma atitude receptiva frente à própria experiência. Ao invés de perceber a vida através de um filtro de crenças, suposições, expectativas e defesas, uma visão muito mais ingênua da vivência é possível. Esta prática deve diminuir as estratégias de esquiva, e estilos de enfrentamento repressivos. Mudando o contexto subjetivo em que sentimentos e sensações negativos são vivenciados, tornando estes últimos menos ameaçadores.

A terapia comportamental clássica foi desde os primórdios direcionada para a eliminação de respostas problemáticas. Eysenck (1959; 1963) declarou que um transtorno psicológico é tratado quando as reações emocionais condicionadas são eliminadas. Em oposição total à filosofia de *Mindfulness*, o alvo dos procedimentos é eliminar conteúdos inadequados. A diferença, imediatamente, salta aos olhos. Já que *Mindfulness* não promove a mudança dos conteúdos, ela parece destoante da terapia comportamental clássica, que procura a mudança das respostas emocional e cognitiva, que promovem a reestruturação dos pensamentos e das crenças.

Também deve ser observado que o "eliminacionismo" das abordagens de cunho pavloviano exigem o envolvimento intenso e intencional da parte do indivíduo (Eysenck, 1963; Rachman, 1998). O tratamento indicado para transtornos de ansiedade consiste de trabalhos de exposição ao vivo, através de exercícios em que a pessoa entra em contato com os pensamentos e sentimentos que mais provocam ansiedade, sem tentar esquivar-se ou fugir destes, aceitando a ansiedade sem avaliá-la negativamente ou tentar suprimi-la. Nos exercícios de casa, que consistem em levar a pessoa a expor-se no dia-a-dia às situações ansiogênicas, há a intenção de ajudá-lo a aprender a tolerar as mesmas de forma consciente, como também os pensamentos e as emoções que elas provocam, sem elaborá-los em sentidos catastróficos. Durante todo o trabalho de exposição, a pessoa intencionalmente encara o que antes considerou insuportável, e tolera os sentimentos negativos decorrentes desta atitude. Neste ponto, a prática tradicional da exposição ao vivo mostra um componente importante de *Mindfulness* .

A primeira vista, as terapias pertencentes à segunda onda são menos compatíveis com *Mindfulness*. Na terapia cognitivo-comportamental tradicional, a saúde mental é fortemente identificada com o que é racional. Enquanto as práticas de *Mindfulness* promovem uma mudança geral na maneira de lidar com eventos particulares, Beck (1995) e Ellis (1974) ensinam a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O indivíduo aprende a observar e identificar os pensamentos depressogênicos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém, como apontam Segal, Teasdale e Williams (2004), há um aspecto de *Mindfulness* que já estava implicitamente presente nestas terapias desde o advento da segunda onda. Participando do trabalho de reestruturação cognitiva, o indivíduo logo aprende que o que ele pensa sobre si mesmo não é a representação correta da realidade. Aprendendo no processo que mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que os conteúdos dos seus pensamentos, longe de serem informações objetivas e confiáveis, são produções subjetivas dele próprio.

Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos. Como resultado, de repetidas vezes, se identificar a pensamentos, crenças e distorções e tomar uma atitude crítica em relação a estes, a pessoa pode realizar uma mudança geral em sua perspectiva para com os eventos cognitivos. Ao invés de vê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba vendo-os como eventos internos que não possuem necessariamente valor literal. É possível que esta similaridade na prática, apesar da inovação teórica, tenha facilitado a rápida absorção de *Mindfulness* na tradição cognitivo-comportamental (SEGAL, TEASDALE e WILLIAMS, 2004).

A maior diferença entre Meditação *Mindfulness* e a terapia cognitivo-comportamental tradicional, de primeira e de segunda ondas, uma vez que estas, implicitamente promovem mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos. Na terapia comportamental, como resultado, de repetidas vezes, se identificar pensamentos, crenças e distorções e tomar uma atitude crítica em relação a

estes, a pessoa pode realizar uma mudança geral em sua perspectiva para com os eventos cognitivos. Ao invés de vê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba vendo-os como eventos internos que não possuem necessariamente valor literal (VANDENBERGH. e SOUSA, 2006).

Enquanto que na prática de *Mindfulness* não é considerado proveitoso entrar no mérito dos conteúdos, ou tentar controlar pensamentos negativos, mas observá-los, não tomá-los pessoalmente e aceitar a sua natureza defeituosa. A prática explícita de *Mindfulness*, neste sentido, constitui uma inovação na prática clínica e representa um acréscimo no arsenal de técnicas terapêuticas disponíveis.

4.4 Meditação *Mindfulness*: Mecanismos de Efeito Clínico

Com o advento do Programa de Redução de *Stress* baseado em Meditação *Mindfulness* (MBSR) e mais recentemente as híbridas psicoterapias clínicas derivadas deste: Terapia Cognitiva MBCT e a Terapia Comportamental Dialética DBT, embasadas em *Mindfulness*, diversas outras intervenções terapêuticas incorporando Meditação *Mindfulness* tem sido desenvolvidas, incluindo Terapia da Aceitação e de Compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl *et al*, 1999) e Prevenção a Recaída em Depressão (Marlatt, 1994; Marlatt e Gordon, 1985). Embora fosse difícil para os pesquisadores identificar mecanismos precisos pelos quais estas intervenções capacitariam pacientes a alcançar sucesso, primeiramente porque por natureza eram integradoras e impediam a habilidade para analisar os seus componentes particulares ativos (Loizzo e Blackhall, 1998).

Outras preocupações foram levantadas por Bishop (2002) que declarou que não existia nenhuma evidência de que o uso de Programa de Redução de *Stress* baseado em Meditação *Mindfulness* (MBSR), em pacientes aumentou a habilidade em chegar a um estado de atenção plena. De acordo com Bishop estes grupos de intervenção, meramente, produziam benefícios não específicos, como auto-eficiência e suporte social ou eram resultantes de relaxamento. Considerando as demandas de um programa de meditação e uma prática diária, Bishop questionava se os índices de sucesso estavam correlacionados aqueles pré-existentes em tratamentos da personalidade, devido aos participantes estarem influenciados pelo recrutamento e pela conformidade. Assim, para Bishop (2002, p. 76) "é inteiramente possível que a eficácia desta abordagem tenha mais a fazer por monges do que como um programa de [atenção plena] que favorece a estruturação de si mesmo".

Baer (2003) respondeu a algumas destas preocupações fornecendo distintos mecanismos alternativos que poderiam explicar como habilidades em *Mindfulness* conduziam para redução de sintomas específicos e não específicos e a mudança comportamental. Propôs cinco fatores: (a) exposição, (b) alteração cognitiva, (c) auto-gerenciamento, (d) relaxamento e (e) aceitação. Em acréscimo a relação de Baer, Deikman (1971), J. Miller (1993) e Kelly (1996) forneceram três outros mecanismos de variedade clínica, incluindo (g) des-automatização, (h) surgimento de material reprimido e (i) alívio existencial.

4.4.1 Comportamento de Exposição

Comportamento de Exposição refere-se à instrução dada em meditação *Mindfulness* para observar os pensamentos, emoções e/ou sensações sem julgamento e sem reação. No antigo trabalho de Kabat-Zinn (1982), a pacientes com dor crônica foi pedido para que concentrassem sua atenção diretamente nas sensações de dor como também em racionalizações de emoções aversivas secundárias. A despeito do seu desconforto, os pacientes começaram a manejar pensamentos e emoções num modo similar ao invés de manejar diretrizes e experiências de fuga ou evitação. Suas habilidades de observar processamentos mente-corpo em seu modo particular, ao longo do tempo reduziram o *distress*. Permitindo e aceitando continuamente o surgimento de eventos e de experiências, os pacientes desenvolveram tolerância ao *distress* e anularam os seus sentimentos de reatividade compulsiva automática. Como Linehan (1993a) notou, encorajando comportamentos que nem evitavam e nem escapavam as reações particulares, extinguiu-se a resposta de medo e o comportamento de evitação, que por prevenção eram previamente extraídos destes estímulos. Isto não significa que as suas condições estão corrigidas, curadas, mas que sua habilidade para conviver com estas condições sem exacerbação são maiores.

Conforme Baer (2003, p. 128):

> "exposições prolongadas às sensações de dor crônica, na ausência de conseqüências terríveis, pode levar a des-sensibilização, com uma redução ao longo do tempo nas respostas emocionais extraídas pelas sensações de dor. Assim, as habilidades da prática de *Mindfulness* poderiam conduzir para a capacidade de experimentar sensações de dor sem reatividade emocional excessiva. Até mesmo se as sensações de dor não forem reduzidas, o sofrimento e o *distress* podem ser aliviados".

Baer mantinha que a exposição não era um conceito, isso era especialmente de comportamento, desde a tolerância desenvolvida e a reatividade emocional reduzida eram habilidades comuns em todas orientações. O pesquisador observou, que pedindo aos praticantes de *Mindfulness* para, simplesmente, observar o fluxo da consciência como surge naturalmente, lhes posibilitava des-identificação, em contraste as estratégias clínicas que requeriam aos pacientes a indução, ou a iniciação, de sintomas regulares para, sistematicamente, des-sensibilizá-los.

4.4.2 Reorientação Cognitiva

Reorientação cognitiva refere-se à reorientação perceptiva que é alcançada através da Meditação *Mindfulness*. Neste ponto, a estratégia cognitiva em *Mindfulness* não é parecida ou correspondente a de terapias cognitivas convencionais, nas quais tenta-se re-estruturar os pensamentos distorcidos, mudar crenças irracionais, re-alocar esquemas negativos com afirmações positivas e distrair a atenção para longe de pensamentos negativos. *Mindfulness*, por outro lado, transforma a orientação da pessoa dirigindo-se a todo o contexto do pensamento, particularmente, a quaisquer de seus conteúdos específicos. Neste sentido, os pensamentos são tratados como, justamente, pensamentos, ao invés de serem vistos como suas reflexões da realidade ou da verdade. Como resultado, eles não necessitam de nível de reatividade emocional e comportamental os quais eles, geralmente, dão origem.

Na abordagem da prática de *Mindfulness* de Na Hahn (1976), aos praticantes era pedido para verem os pensamentos como nuvens passando no céu de sua mente, e então, eles retornavam a observar a respiração sem seguir ou se prender às nuvens. Deste modo, padrões de pensamentos ansiógenos ou depressogênicos perderam seu impacto e

não se tornaram fontes de obsessão e ansiedade. Terapeuticamente, isto produz uma mudança distante da correção de cada distorção do pensamento ou de cada convicção do indivíduo; e, em lugar disto, se dirige à maneira na qual os indivíduos, em geral, relacionaram os processos de pensamento (BAER, 2003).

4.4.3 Auto-Gerenciamento da Observação

Auto-gerenciamento da observação se refere à habilidade de observação plena para fornecer um espaço entre estímulo cognitivo-afetivo e resposta comportamental automática, o qual permite aos indivíduos implementar estratégias de enfrentamento – *coping* – e aumentar intervenções saudáveis. Neste estudo, este espaço é apresentado por meio de dois processos-chave: des-automatização (Deikman, 1986; Rubin, 1991) e liberação cognitivo-afetiva (Kabat-Zinn, 1982). Epstein (1998) também se referiu a este processo como desintegração; em outras palavras, como um processo que permite aos pacientes deixar ir e encontrar liberdade para desenvolver e reforçar padrões habituais cognitivos, emocionais e de comportamento que resultam em descontentamento e em angústia mental

Kristeller e Hallett (1999) descobriram que mulheres com desordens alimentares são capazes de promover nova racionalização do excesso de desejos como também assinalar sugestões de saciedade, disponibilizando-os numa oportunidade para efetuar escolhas alimentares mais saudáveis e para praticar estratégias de auto-cuidado. Marlatt e Gordon (1985) fizeram uma observação idêntica em alcoólicos, e por inferência lógica, a pacientes que lutam contra o uso abusivo de drogas. De acordo com eles, *Mindfulness* retardou os padrões de reatividade automática e permitiu aos pacientes manterem a consciência necessária para intervir com estratégias de prevenção a recaídas antes que o desejo de beber se tornasse dominante. Observações realizaas por Linehan (1993b) em populações borderline também identificaram que o aumento da auto-consciência e da observação comportamental permitiram a introdução de respostas corretas, tanto quanto táticas auto-suavizadoras como um telefonema para a emergência no caso de surgimento dos agentes que precedem o momento em que as emoções ficam intratáveis, enquanto ativadoras do comportamento auto-destrutivo.

4.4.4 Relaxamento

Relaxamento refere-se à capacidade de todos os regimes de meditação de moderar a excitação através da iniciativa das atividades parassimpáticas. De qualquer forma, a Meditação *Mindfulness* não está, exclusivamente, designada a produzir tranqüilidade e relaxamento, algumas de suas práticas básicas (por exemplo, atenção desvelada, consciência da respiração), têm a habilidade de repelir a reatividade ao *stress*, através disso decresce o impacto de enfermidades e de desordens. Apesar de Bishop (2002) ter assumido que os benefícios de *Mindfulness* estavam correlacionados ao relaxamento, é improvável que isso fosse a única razão para que esta fosse praticada.

4.4.5 Aceitação dos Estados Manifestos

A aceitação dos estados manifestos refere-se à habilidade para aceitar estados de ser agradáveis e desagradáveis, freqüentemente, tendo sua importância sido subestimada nas atuais abordagens de tratamento. A maioria das terapias convencionais se dirige à mudança, correção, remoção ou supressão de sintomas. Por outro lado, conforme Baer (2003, p. 130), todos programas de tratamentos baseados em *Mindfulness* que revisou "incluíam aceitação da dor, de pensamentos, de sentimentos, de desejos ou de outro

fenômeno corpóreo, cognitivo, emocional sem tentar alterar, escapar ou evitar". Para realçar a distinção entre abordagens, usava o exemplo dos pacientes com distúrbio de pânico. Tais pacientes numa tentativa de evitar futuros ataques de pânico, freqüentemente se engajavam em comportamentos mal adaptados, como uso abusivo de álcool e de drogas, isolamento social e vigilância corporal hiperativa. Barlow (2001) notou que medicação e terapia cognitiva comportamental eram as intervenções mais desejadas e agradáveis aos pacientes com esta desordem. O alvo destas duas intervenções era, quimicamente alterado, por uma série de estimulações e, terapeuticamente, aliviava os efeitos de pânico produzidos pelos pensamentos.

O método *Mindfulness* toma uma via oposta, encorajando a aceitação e a receptividade, dirigidos aos ataques de pânico, durante os quais, pensamentos desagradáveis são limitados em termos de duração e não são perigosos. Pelo aprendizado para enfrentar, continua e diretamente, as conseqüências dos ataques de pânico, adquirido através de *Mindfulness*, os pacientes tornam-se aptos a reduzir sua ansiedade sobre si mesmo. Além do mais, comportamentos nocivos designados para evitar a experiência de pânico são diminuídos ou abandonados. A ênfase de *Mindfulness* na aceitação corresponde a "Primeira Nobre Verdade" dentro da meta-psicologia Budista, de que a vida é dificultada pela própria natureza do ser humano que está atrelada à experiência de adoecimento, dor, envelhecimento e morte. De acordo com Na Hahn (1976), nesta perspectiva as aflições de alguém se tornam oportunidades para desarmar as emoções limitadas, do mesmo modo que o medo e a aversão, a aceitação é uma nova forma de ser, tanto quanto adotar um conjunto de pensamentos de atenção desvelada pelo qual se vê as coisas como elas realmente são, como se estivessem sendo vistas pela primeira vez (HARVEY, 2000).

4.4.6 Des-Automatização de Respostas Perceptivas

Deikman (1966a) inventou o termo des-automatização, definido por ele como um aumento da flexibilidade de respostas perceptivas e emocionais ao ambiente, resultante de uma manifestação de aspectos da realidade, antes imperceptíveis. Ele chegou a declarar que Meditação *Mindfulness* era uma estratégia de atenção que obtém também uma reação, servindo como uma regressão ao estado perceptivo e cognitivo de uma criança. Esta descrição é consistente com a do Mestre Zen Suzuki (1994), que sugeriu um estado ótimo reconhecido como 'a mente do iniciante', quando a liberdade era alcançada através da receptividade momento-a-momento dirigida à realidade, que não está contaminada pelas percepções, previamente, condicionadas. Deikman (1982) caracterizou esta experiência de 'mente do iniciante' como consistindo em cinco princípios: intenso realismo e frescor, sensações incomuns, unidade, não afabilidade e experiências trans-sensoriais. Definiu experiência trans-sensorial como um estado que vai além das trilhas costumeiras, idéias e memórias, o resultado de uma nova habilidade perceptiva que respondeu a dimensões de estímulos ordenados que tinham sido, formalmente, desconsiderados ou bloqueados pela consciência.

Mais tarde, num estudo Deikman (1971) usou o termo des-automatização para descrever as alterações cognitivas resultantes da Meditação *Mindfulness* provocadas pelo novo investimento da pessoa sobre suas ações e seus preconceitos. Sustentou que Meditação *Mindfulness* causava um movimento em direção a um modelo de organização cognitiva que precedia o modelo analítico, abstrato e intelectual. Descreveu este modelo perceptivo como sendo mais vívido, sensorial, sincronizado, animado e não diferenciado com relação à dualidade eu/outro entre modalidades de objeto e sentido. Este processo fora também identificado por Rubin (1991) que declarou que a meditação estimula a des-automatização do pensamento e da ação. Kabat-Zinn (1982, 1990)

também declarou que práticas budistas como a *Mindfulness*, de atenção desvelada e Zazen superar padrões de resposta reativa, perceptiva e afetiva condicionadas, resultam num mais direto encontro momento-a-momento com funções internas e atividades externas.

4.4.7 Surgimento de Material Reprimido

J. Miller (1993) concentrou-se no surgimento de material reprimido e no desvelar de eventos traumáticos durante Meditação *Mindfulness*, descrevendo três casos nos quais pacientes desvelaram memórias traumáticas e como *Mindfulness* facilitou este processo. Para ele, a natureza e o nível de experiência transformadora dependiam em grande parte do nível de experiência auto-eficaz do participante. Entretanto, todos os três indivíduos que ele estudou entendiam suas experiências como essenciais para seu desenvolvimento contínuo e para sua saúde; e nenhum tinha qualquer arrependimento sobre o trauma revelado que eles experimentaram durante sua prática. De fato, no ressentimento de seu sofrimento emocional intenso, todos os três escolheram continuar a praticar *Mindfulness*.

Em acréscimo, J. Miller (1993, p. 171) sustentou que Meditação *Mindfulness* não apenas facilitou a emersão de material não resolvido, mas também ajudou os praticantes a desenvolver um distanciamento ou um não envolvimento com estes eventos:

> "Freqüentemente o material reprimido chega à superfície com suas intensidades originais. As instruções são para manter uma consciência sem julgamentos deste material e observar o processo da mente ao invés do conteúdo específico. Como *Mindfulness* fortalece o meditador, ele é capaz de enfrentar com calma e tranqüilidade o material mais difícil. Similar ao que acontece com freqüência na psicoterapia [ou em técnicas comportamentais de des-sensibilização] do material, previamente, reprimido continua a surgir à medida que o meditador se torna mais habilidoso nesta tarefa".

O caso acima relatado permitiu a J. Miller (1993) concluir que Meditação *Mindfulness* poderia ser, potencialmente, auxiliar como um complemento à psicoterapia. Ele ainda discutiu vários modelos integrativos, incluindo psicoterapia auto-orientada, que combinava uma prática regular de *Mindfulness* com sessões menos freqüentes de psicoterapia:

> "Isto reduziria o custo da psicoterapia e muito, provavelmente, facilitaria o progresso com o material inconsciente que é revelado durante a meditação. Claro que este modelo não poderia estar apropriado a todos os indivíduos, especialmente para aqueles que são de mais alto risco de *distress* psicológico significativo dirigido à prática de meditação".

4.4.8 Re-significação Existencial

Kelly (1996) explanou sobre os benefícios das técnicas meditativas na psicoterapia de pacientes que sentiam que suas vidas careciam de significado. Estes indivíduos trabalhavam muito para obter indícios estimulantes de sucesso futuro; mas ao invés de se sentirem felizes e completos, descobriam sentimentos de desilusão, de vazio e de depressão. Como um correlato direto, Kelly observou que as três mais comumente descritas medicações na América eram drogas desestimulantes, anti-hipertensivos e anti-depressivos. Apesar da tendência da moderna terapia ocidental de ignorar as preocupações espirituais do que consideram pragmático, Kelly apontou que tais distinções não existiam entre os dois domínios. Defendeu que a carência de completude sustenta-se nas pessoas e não poderia estar separada de muitas aflições que

elas discutiam na terapia. Ao mesmo tempo, nos profissionais, essas aflições, normalmente auxiliam a estarem mal preparados ou hesitantes por lidar com esta falta de realização. De acordo com Kelly (1996, p. 41):

> "abordagens meditativas representam uma rota que está disponível a terapeutas para o trabalho com clientes numa variedade de níveis diferentes, variando desde o muito prático, como as preocupações do dia-a-dia sobre o *stress* e ao modo de vida saudável para os amplos assuntos existenciais de propósito e significado que pode ser considerado por ser parte do bem-estar espiritual".

Kelly (1996) divulgou que há uma crescente tendência na população de pacientes por tratamentos que consideram as dimensões espirituais da vida. Citou um estudo (Eisenberg *et al*, 1993) que relatou que em 1992, um terço dos pacientes buscaram tratamentos não convencionais. Eisenberg *et al* (1993) ainda descobriu que aproximadamente, um em quatro norte americanos, usou um tratamento não convencional em conjunto com suas prescrições médicas. Entre estas terapias não convencionais estava a meditação, a oração, a homeopatia, as imagens mentais, a yoga e a cura energética. Esta demanda por tratamentos alternativos que se dirigiam a assuntos ignorados, ainda recentemente, estimularam a indústria da saúde mental a considerar, mais seriamente, abordagens tais como meditação. Lukoff *et al* (1993) apontou que uma reunião da Associação Americana de Psiquiatria e em outras reuniões de profissionais da saúde, existia um crescente número de apresentações, *workshops* e pesquisas concentradas em trans-pessoalidade, espiritualidade e aspectos existenciais dos tratamentos clínicos.

Os estudos de Kelly (1996, p. 46) concentraram-se sobre a eficiência potencial da meditação na psicoterapia, concluindo que:

> "a mudança de paradigmas de nossa cultura e da cura profissional estavam criando novos potenciais para antigas filosofias e a prática por combinarem com as técnicas, relativamente novas, que a psicoterapia tornou disponíveis, em obediência a uma perspectiva mais holística e abrangente".

Mais tarde, Loizzo (2000, p. 153) dando suporte a isto, declarou "que o recente Instituto Nacional de Saúde (NIH) iniciou a fundação de centros de medicina mente/corpo refletindo o consenso de que técnicas de auto-regulação tais como meditação, eram de comprovado valor para muitos casos e eram vitais para o futuro da medicina".

Ao fim da discussão sobre os potenciais efeitos de *Mindfulness,* Bishop (2002) determinou que existiam mais benefícios do que ele tinha originalmente pressuposto. Apontou diversas qualidades únicas que a Meditação *Mindfulness* cultivou em pacientes, incluindo uma mudança em perspectiva desde a aceitação, automaticamente, validada de pensamentos e emoções até julgamentos, momentaneamente, suspensos. Também observou um sentido de cancelamento de julgamento que descreveu como uma entrega ou conhecimento do momento. Não mais que qualquer um, os pacientes tentando lutar, mudar ou evitar a situação ou até mesmo tentando alcançar mais uma experiência preferida. Deste modo, existia uma ênfase na urgência da situação atual ao invés de no passado ou no futuro. Como Bishop (2002, p. 75) sintetizou:

> "O voluntário desdobramento da atenção, em combinação com estas atitudes é imaginado como resultante num estado elevado de consciência no qual uma pessoa está consciente de uma situação particular e de sua experiência cognitiva, emocional e somática de um modo que estimula um grande sentido de tranqüilidade. Assim, as habilidades de regulação da atenção, *Mindfulness,* podem ser conceituadas, em termos de um conjunto central de atitudes e uma abordagem orientada a experiência".

4.5 Des-Identificação e a Redução do *Stress*

Ao revisar várias pesquisas sobre os mecanismos causais da meditação *Mindfulness* fora compreendido o processo de des-identificação como base fundamental para a mudança clínica e a cura. Descrições e definições sobre este processo tinham grandes diferenças. Em princípio os budistas usavam análises meditativas estáveis para des-identificar desde ligações errôneas até a concretização do *Self*. Aplicações ocidentais de *Mindfulness* tipicamente não se estendem para estes estágios mais avançados de análise do observador, concentrando-se de certa forma na des-identificação de pensamentos, comportamentos e emoções problemáticas, apresentado como Resposta ao *Stress*, uma via alternativa a Reação ao *Stress* na figura 7.

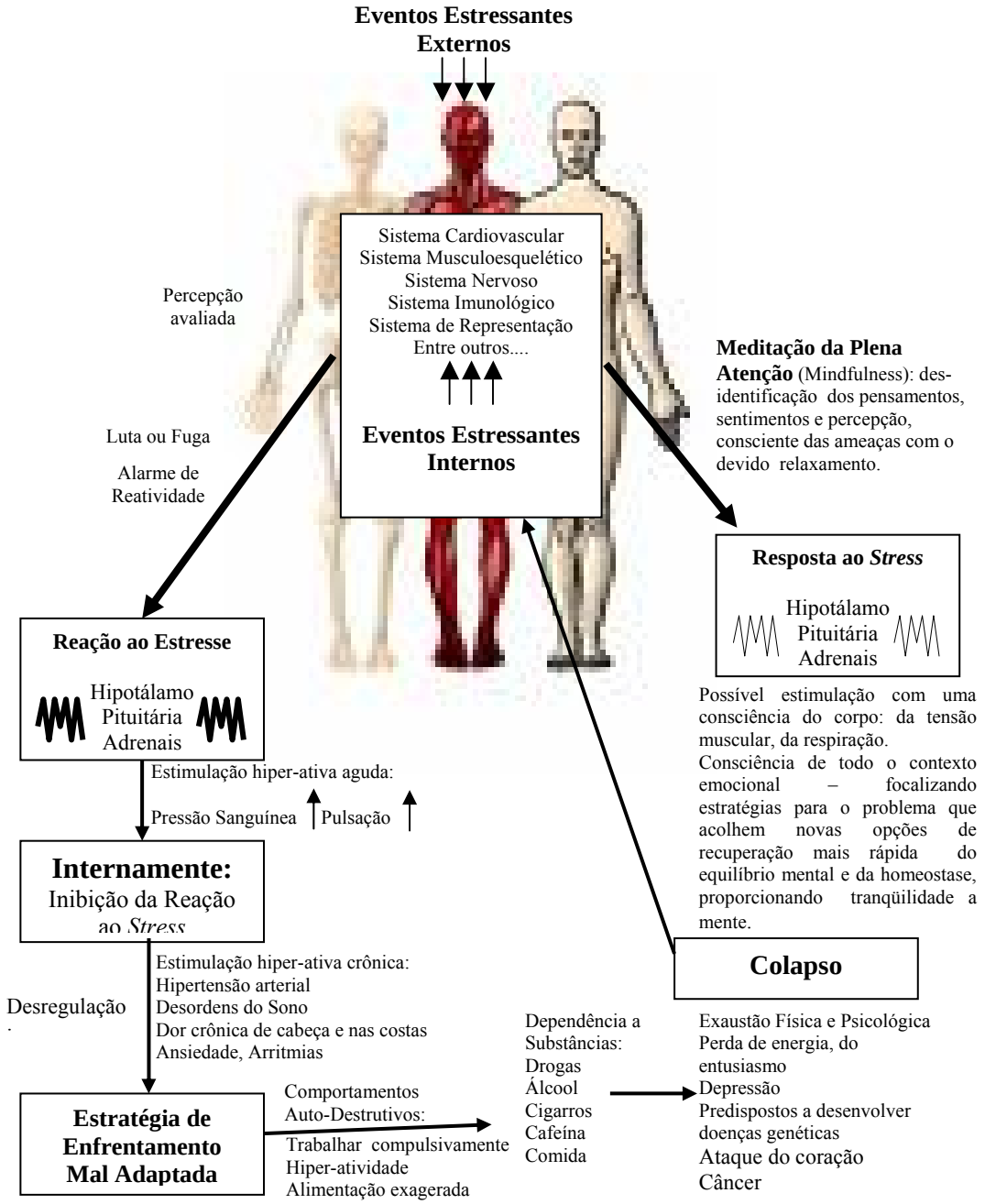


Figura 7: Estratégia de Enfrentamento ao *Stress*: Resposta versus Reação
Fonte: KABAT-ZINN, J. Full Catastrophe Living (1991, p. 265)

A fim de esclarecer o processo de dês-identificação proporcionado pela Meditação *Minfulness* aplicada no ocidente, Kabat-Zinn (1982, p. 171) coloca que:

> "meditação *mindfulness* evoca um novo padrão de percepção baseado num modo intencional de prestar atenção momento-a-momento. Este é potencialmente aplicável a uma diversidade de atividades e experiências humanas. Meditação *mindfulness* pode ser compreendida como uma generalizada estrutura de referência que substitui uma consciência parcial (um modo de funcionamento em piloto automático) por uma consciência momento-a-momento sem julgamento, com qualidades de testemunha... Existem poderosas razões teóricas e práticas que sugerem que o uso intencional e sábio da consciência momento-a-momento pode ter um profundo efeito sobre a dor percebida, a experiência de sofrimento e a reatividade ao estresse".

Deikamn (1982) denominou este processo de des-identificação e o definiu como destruição de processos automáticos que controlam a percepção e a cognição. Alguns termos alternativos propostos no ocidente para o processo de des-identificação incluem distanciamento cognitivo, desaliteração (Haynes, Strosahl et al, 1999), perspectiva descentralizada, consciência meta-cognitiva (Teasdale, 1999; Teasdale et al, 1995), desintegração (Epstein, 1998), ativação manual (Loizzo, 2004) e desconectar cognitivo-afetivo (KABAT-ZINN, 1982).

4.5.1 Des-Identificação segundo a Meditação Budista

O alvo da meditação *Mindfulness* budista é estimular a habilidade de desengajar-se dos habituais padrões reativos de pensamento e sentimento para enfim des-identificar-se das noções de um *Self* concreto consolidado dentro de tais padrões (Gyatso, 2000). Uma vez des-identificado deste modo, o indivíduo é capaz de tolerar dificuldades físicas e mentais que ocorram em sua vida em lugar de reagir por meio de laços emocionais e da aversão. Loizzo (2004, 2006b) determinou que a auto-regulação consciente e o comportamento cognitivo-afetivo aprendido são os agentes ativos associados ao processo de des-identificação que projeta ao coração as "Quatro Nobres Verdades".

O modelo médico budista das "Quatro Nobres Verdades" investiga as causas do sofrimento humano pelos impulsos inconscientes de laços emocionais baseados em medo e em hostilidade defensiva enraizados na habitual concretude do *Self* (Loizzo, 1999). Estudos empíricos recentes sobre emoções nocivas (Goleman, 2003a, 2003b), que incluem a raiva (Harmon-Jones, 2004; Harmon-Jones e Allen, 1998; Ornish et al, 1990), hostilidade (William, 1989) e o auto-engajamento, (Grahan et al, 1989; Scherwitz et al, 1986) tinham uma maior correlação com a mortalidade do que com doenças nas artérias coronárias, ao colesterol alto, a pressão alta e ao fumo. Estes estudos apóiam à antiga ciência budista da mente que ressalta o significativo papel representado por um ponto de vista, uma atitude e um comportamento do indivíduo sobre sua saúde. Em contraste, ao atual modelo alopático e biomédico de doença baseado no dualismo cartesiano do século XIX, a psicologia budista está baseada num paradigma mente/corpo não dual, que utiliza a força da mente para afetar o cérebro e vice-versa. Assim, resulta numa nova ênfase: a do potencial inato do indivíduo de promover sua própria saúde e cura.

A terapêutica budista consiste em três elevados treinamentos (*adhisiksya*): 1) disciplina comportamental, 2) controle da atenção e 3) *Insight* experiencial. Em conjunto cada um destes trabalhados podem inibir, de modo recíproco, as forças destrutivas dos três impulsos correspondentes: os laços emocionais, a aversão e o conhecimento impreciso. Loizzo (2004) ressalta que a psicoterapia budista, dos três

elevados treinamentos que não foram concebidos linearmente como se uma fase do treinamento eliminasse os impulsos nocivos correspondente antes de progredir para a próxima fase do treinamento. De certa forma, os treinamentos são métodos diferentes de progresso que objetivam o alcance de dimensões sensíveis da consciência rumo a um continuum, devendo serem vistos como holísticos ou de modo cíclico.

Estando sujeito a um dos estados de consciência, alguém pode se ater com contaminações de nível externo, interno ou mais sutil. Durante um certo tempo, a pessoa oscila organicamente de adaptação comportamental a recomposição mental / cognitivo para reprogramar o condicionamento inconsciente. Neste modo, os três elevados treinamentos trabalham ciclicamente no suporte a cada um. Por exemplo, um estilo de vida corretivo e alteração comportamental permitem ao indivíduo maior controle da atenção e maior concentração. A modificação de comportamento do budismo clássico detalhada num Código de Disciplina Monástico (em Sânscrito, *Pratimoksha*; em Pali, *Patimokkha*) encontrado no *Sutta-Vibhanga* (Stv) do *Vinaya-pitaka* (Vp), começa com cinco obrigações para leigos consistindo de abster-se de matar, roubar, mentir, má conduta sexual e de tomar substâncias intoxicantes (álcool e drogas). Tal ajustamento comportamental conseqüentemente conduzirá a uma mente tranqüila e em paz e fornecerá o pré-requisito de estabilidade mental para uma análise e contestação habitual da concretude do *Self*. De modo recíproco, algumas tendências inconscientes são extintas e abnegadas (*anatman*) sendo atualizadas, comportamentos da pessoa naturalmente se modificam numa retro-avaliação de aprendizagem positiva. Quando os indivíduos começa a enxergar a si mesmo e a realidade de modo mais realístico, o estado mental deles torna-se mais alegre, mais satisfatório e mais tranqüilo e seu comportamento conseqüentemente mais altruísta e generoso (De Silva, 2000; U Pandita, 1991).

Como Goleman (1976) indicou os três elevados treinamentos (*adhisiksya*) corrigem comportamentos não realísticos, atitudes e pontos de vistas pela introdução sistematicamente reforçada de seus opostos correlatos mais saudáveis num processo reconhecido como inibição recíproca. Esta aprendizagem corretiva acontece nos três níveis: conceitualmente através de educação, de forma reflexiva através de discussão e contemplação e experiencialmente através de meditação e repetição (*sadhana*) (Loizzo, 2004).

Meditação *Mindfulness* é uma intervenção multi-nível auto-regulatória comportamental cognitivo-afetivo. Pode ser usada para reprogramação condicionada e reativação de padrões instintuais pela introdução de novos modelos de responsividade baseados numa consciência refinada e na aceitação. O estudo mostrou que a consciência atenta e o *Insight* analítico podem capacitar indivíduos a aprender como perceber ligações de natureza impermanente, relativa e insatisfatória entre o *Self* e o fenômeno, e assim, alinhá-los, ao invés diminuir e correr da realidade (Loizzo, 2000, 2006b; Thurman, 1991).

Na terminologia ocidental corrente, os três elevados treinamentos são chamados de aprendizado para toda a vida, educação preventiva para saúde e mudança para estilo de vida sustentável em lugar de, em longo prazo, doenças específicas e intervenções mecanicistas. A literatura do corpo (Gould et al, 1995; Ornish et al, 1990, 1998) demonstrou que uma mudança de estilo de vida sustentável baseada numa abordagem mente/corpo asiática não apenas pode interromper o desenvolvimento de doença arterial coronariana mas revertê-la. Estes autores indicaram que em alguns casos medicações e mais tarde intervenções cirúrgicas apenas eram capazes temporariamente de cuidar da progressão da doença. Atitudes de abnegação,emoções positivas e a capacidade de des-

identificar dos pensamentos e emoções eram desse modo visto como traços essenciais de recuperação e promoção da saúde.

4.5.2 Des-Identificação segundo a Medicina Mente-Corpo

Estudos na medicina mente/corpo descobriram que meditação *Mindfulness* produz a resposta de relaxamento, agindo contra padrões automáticos de luta ou fuga e reduzindo os sintomas de *stress* exacerbado (Benson, 1975, 1992). De acordo com Teasdale et al (1995), *Mindfulness* leva ao aumento do bem-estar físico ao capacitar indivíduos a transformar suas relações com as enfermidades e partindo desta perspectiva des-identificada, poder aprender como reprogramar seus padrões de resposta afetiva e serem capazes de abordar situações com consciência objetiva. Deste modo, uma dada situação ou contexto estava livre de valores aparentemente inerentes percebidos negativamente, resultando num decréscimo da reatividade emocional (Bishop, 2002).

Pesquisas de Kabat-Zinn (1982, 1990) também relataram o processo de des-identificação por atribuir a meditação *Mindfulness* à capacidade de interromper as reações de luta ou fuga provocadas em situações de ansiedade, permitindo respostas efetivas ao invés de determinar envolvimento com raiva, medo ou pânico. Outros pesquisadores (Baer, 2003; Breslin, Zack e McMain, 2002; Loizzo, 2004) apresentaram, de modo similar, que meditação *Mindfulness* poderia ajudar indivíduos por oferecer uma variedade de estratégias de enfrentamento saudáveis e apropriadas baseadas na des-identificação de pensamentos, emoções e comportamentos. Os resultados destes supostos movimentos na estrutura de referência: (a) capacitou praticantes a sustentar a atenção requerida para tarefas demandadas; (b) ajudou-lhes a reter a habilidade cognitiva para conhecimento e resolução de problemas; (c) ensinou-lhes como comunicar e demonstrar empatia com os outros; (d) deu-lhes um acréscimo no sentido de auto-eficácia e autonomia. Embora fora visto que a maioria das práticas de meditação se focalizava em extrair uma resposta de relaxamento, Meditação *Mindfulness* buscou reduzir a atividade simpática para que indivíduos pudessem estabelecer um ambiente interno ideal para aprendizagem cognitivo-afetivo e mudança comportamental (Loizzo, 2006b).

Estudos indicaram que Meditação *Mindfulness* era capaz de interromper ciclos de experiências internas negativas, tais como ansiedade por antecipação de eventos futuros ou reflexão depressiva de eventos passados. Estes estavam baseados na idéia que através desta prática e resultante da des-identificação, indivíduos poderiam observar suas crenças como hábitos de pensamento, sentimento e percepção (Tart, 2003) ao invés de como realidades objetivas. Meditação *Mindfulness* também capacitava indivíduos a perceber que foram as suas convicções que determinavam a maneira pela qual eles observavam e interagiam em seu ambiente e ele poderiam observar as potenciais conseqüências disto. Como um resultado, modos habituais e destrutivos de reação foram substituídos por modos de resposta intencionais, adaptativos e construtivos (Breslin et al, 2002; Hayes, 2002a, 2004) através destes aumentaram suas habilidades de enfrentamento.

4.5.3 Des-Identificação segundo a Neurociência

Pesquisa no campo da neurociência cognitiva indicou que *Mindfulness* realiza a des-identificação pelo desbloqueio da atividade alfa e pela preparação do cérebro para estar muito receptivo aos *inputs* sensórios (Lo et al, 2003). Não apenas era um estado provocado de vigilância relaxada, mas como o estudo de Davidson et al (2003) indicou, *Mindfulness* também produzia maiores níveis de ativação do lado esquerdo da região

anterior do cérebro, regiões associadas com a redução da ansiedade e com o aumento dos afetos positivos. Uma grande correlação entre atividade cerebral do lado esquerdo e aumento da função imunológica fora encontrada, sugerindo que emoções positivas eram um dos mecanismos fundamentais para dificultar o *stress* e promover a melhoria da imunidade (Davidson e Irwin, 1999). Estas descobertas estavam de acordo com as da pesquisa em neuroplasticidade, que a produção de um ambiente enriquecido (estimulando e gratificando) promovia reparação, crescimento e alteração neural (Rosenzweig e Bennet, 1996; Swaab, 1991). Também foi visto como significativo, às implicações de uma retro-avaliação na qual a matéria e a função cerebral eram alterados através da intenção e da emoção positiva e reforçados por meio do treinamento meditativo, ambos dos quais ainda são os conceitos novos e controversos no campo de pesquisa em meditação.

4.5.4 Des-Identificação segundo a Psicoterapia

Na revisão da literatura da psicologia de *Mindfulness* foi descoberto que é possível promover a des-identificação, a des-sensibilização e a extinção em termos de processo cognitivo-afetivo introspectivo (Hayes, 2000a, 2002b, 2004). Durante o treinamento em *Mindfulness,* pacientes expostos a uma série de ameaças ou a estímulos intoleráveis eram capazes de desenvolver uma consciência sem julgamentos sustentada destas experiências desconfortáveis que incluíam pensamentos, afetos e sensações físicas (Baer, 2003; Hayes e Wilson, 2003). A observação prolongada de experiências desconfortáveis, então mais adiante, induzia os participantes a reduzir sua fuga emocional a estímulos anteriormente inaceitáveis.

Esta habilidade baseava-se no conceito de des-sensibilização proposto na psicologia cognitivo-comportamental (Barlow, 2001; Hayes, 1987). Também foi visto que *Mindfulness* capacitava indivíduos a redefinir suas figuras parentais, a auto-regular os afetos, a aprender respostas positivas baseadas na consciência presente no momento e na aceitação e a suprimir reações condicionadas baseadas na fuga, medo e hostilidade (Breslin et al, 2002, Hayes, 2004). Além do mais, terapias mente/corpo e programas educacionais baseados em *Mindfulness* têm consistentemente sido considerados vantajosos a pacientes no ocidente como complemento a tratamentos alopáticos ou em lugar de tais intervenções convencionais. Um incentivo acrescido que fora discutido tratava do fato de a instrução e a supervisão da meditação poder ser realizado a uma fração do custo emocional e financeiro da medicina convencional e das cirurgias invasivas.

O foco da meditação *Mindfulness* é prover *Insight* interior da natureza impermanente (*anicca*), não substancial (*anatman*) e insatisfatória (*dukkha*) do fenômeno. Isto pode levar a desregulação e ao reforço negativo dos padrões habituais e afetos não saudáveis. Impulsos intensamente enraizados (*kleshas*), também conceituados como impulsos libidinais (ligações emocionais baseadas em medo, hostilidade, alienação defensiva) e comportamentos compulsivos (*karma*) estão comprimindo a observação consciente e a des-identificação de pensamentos penetrativos na auto-analise.

O currículo de terapia budista dos três elevados treinamentos (*adhishiksha*) cultiva intenções disciplinares (*sila*) e comportamentos de demonstração de empatia para neutralizar o apego e cultivar o equilíbrio meditativo (*samadhi*) e a tolerância para contrabalançar a raiva e outros estados mentais aversivos. Também cultiva o *Insight* (*prajna*) para neutralizar a alienação e a preocupação consigo mesmo por desenvolver de um realístico ponto de vista que percebe a sua universal interconectividade.

Em seu pioneiro relato, Loizzo (2000) declarou de modo convincente que uma extensiva síntese de vários paradigmas terapêuticos tornam o sistema meditativo budista a mais antiga e mais abrangente psicologia integrativa na história mundial. Os três paradigmas principais incluem: o Veículo Tradicional Individual (*Hinayana*), o Veículo Tradicional Social (*Mahayana*) e o Veículo Tradicional Adamantine (*Vajrayana*). Loizzo (2004) apontou que a natureza integrativa e a sofisticação da prática meditativa budista explicam porque ela tem sido comparada a tantas técnicas psicoterapêuticas divergentes (Benson, 1976; Epstein, 1995; Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993a, 1993b; Mikulas, 1978, 1981). Loizzo (2000) forneceu o seguinte método de síntese entre psicoterapias tradicionais budistas e convencionais ocidentais.

Na tradição do Veículo Individual, prevalente no sudeste asiático, *Vipassana* é praticada com uma atitude de renúncia e é similar a terapia cognitivo-comportamental. Praticantes vêem o comportamento com impregnado por ações habituais (*karma*) e reforçados pelo condicionamento, ainda modificável pela aprendizagem. Visto como tal é também similar à clássica dinâmica da psicoterapia porque reconhece que as defesas cognitivas e emocionais intensamente enraizadas nos instintos egocêntricos evolucionários impeçam o processo de crescimento.

Na tradição do Veículo Social, prevalente na Ásia Oriental, *Vipassana* é praticada com uma atitude não dual de responsabilidade universal (*bodhicitta*). Isto é similar a uma abordagem de relações objetais desde sua ênfase em conexões sociais, reforçando emoções saudáveis e assentando o desenvolvimento num campo de construção naturalmente social.

Na tradição do Veículo Adamantine, prevalente no Tibet, *Vipassana* é praticada com uma atitude não passional e criativa. Similar às terapias Junguiana e Reinchiana, a meditação envolve projeções contemplativas e internalizações idealizadas de auto-imagens baseadas na visualização de arquétipos (*yidam*). Nestes estágios mais elevados, usa estimulação sexual e euforia para desarmar as defesas de comportamento e aumentar a acessibilidade mente/corpo. Nesta a relação com, a introjeção do professor espiritual (guru yoga) tem um papel central, como transferência positiva através de um perito altamente treinado está associada com a auto-análise (Loizzo, 2000).

No processo de aquisição de habilidade meditativa, meditadores reprogramam os padrões base de percepção, cognição e comportamento. Como esta reprogramação torna-se raiz eles sofrem uma transformação fundamental do cérebro, do sistema nervoso e da personalidade (Loizzo, 2006b). O próximo efeito das meditações *Mindfulness* e de *Insight* analítico é o não condicionamento de padrões de respostas habituais, particularmente a causa raiz, o habitual *Self* defensivo, que quando eles são pela primeira vez dissolvidos, liberta o indivíduo para experimentar alegria ilimitada (*sukkha*), compaixão (*karuna*) e habilidade na arte (*upaya*) de ensinar a outros como se libertarem.

Pesquisa empírica atual tem mostrado que, como uma técnica integrativa, meditação *Mindfulness* tem o potencial em grande medida para complementar a neurociência cognitiva, a medicina mente/corpo e a psicoterapia por direcionar-se aos aspectos freqüentemente negligenciados pelas abordagens convencionais do Ocidente. O menos evidente na literatura empírica ocidental é que a Meditação *Mindfulness* está fundamentada num contexto cultural diferente, principalmente, o asiático, embutido em seu próprio sistema psicológico sofisticado, abrangente e testado, ao longo do tempo.

Este sistema denota um considerável potencial maior para a saúde e para o bem-estar que a pesquisa ocidental, vagamente é capaz de indicar. No avançado sistema de saúde ocidental, a psicologia budista com suas refinadas técnicas de meditação *Mindfulness* e de auto-cura, tem muito a oferecer. E assim este estudo mostrou que a

demanda popular e a receptividade profissional para abordagens integradoras é a tendência atual no campo da saúde e que a meditação *Mindfulness* representa uma técnica de vanguarda equilibrada para se tornar uma intervenção mais amplamente aceita (Baer, 2003).

4.6 Estudos Neurocientíficos sobre Meditação

O objetivo da presente pesquisa é o de avaliar os benefícios da técnica tradicional milenar em Meditação *Vipassana* (*Mindfulness*) como ferramenta ou instrumento para redução do stress, não visando, portanto, os estudos neurobiológicos a ela relacionados. Estes estudos foram já, entretanto, profundamente realizados e relatados na literatura internacional, tendo sido já confirmados diversos benefícios proporcionados pela meditação. Alguns destes resultados são brevemente apresentados a seguir.

O sinal de eletroencefalografia (EEG) gerado por atividade alfa (8 a 12 Hz) foi descrito pela primeira vez por Berger (1929) com a demonstração do fechamento dos olhos que reduzia o *input* sensório e aumentava o poder alfa sobre o córtex occipital (Berger, 1929). Estudos com EEG haviam usado esse método para descrever alterações neurofisiológicas que acontecem na meditação. Contudo, as ondas neuroelétricas pertencentes à meditação alteravam os estados de consciência mesmo ainda não estando firmemente estabelecidas, alguns dados preliminares sugerem que a meditação aumenta a força da banda teta e alfa e reduz sua freqüência em toda a parte (Andresen, 2000; Davidson, 1976; Delmonte, 1948b; Fenwick, 1987; Schuman, 1980; D. H. Shapiro, 1980; D. H. Shapiro e Walsh, 1984; West, 1979, 1980a; Woolfolk, 1975).

Um estudo ligeiramente controverso de Holmes et al (1983) investigou os efeitos de estimulação reduzida da meditação em comparação com um simples repouso. Adotando uma metodologia estrita envolvendo controle experimental, os autores descobriram que tanto a meditação quanto o repouso resultavam em redução da estimulação, mas ao contrário do que eles haviam esperado inicialmente, a meditação não produzia grandes reduções em estimulação do que o repouso. De acordo com estes autores, esta descoberta favoreceu a indagação sobre o potencial relevante da meditação no todo.

Baseado em monitoramento de eletroencefalografia (EEG) há um conjunto expansivo de evidências citadas por Delmonte (1984b) e West (1980a) que demonstravam padrões cerebrais similares durante o repouso e a meditação. Revisões de Murphy e Donovan (1998) incluíram, mais de 30 estudos que relatavam os efeitos da meditação e do repouso envolvendo uma redução similar na atividade alfa. Isto retardava o aumento de amplitude das ondas cerebrais, alongando os estados anteriores e variando de 8 a 13 ciclos por segundo, mostrados quando o sujeito começa a se sentir sonolento, um ou dois estágios próximos ao princípio do sono. De fato, a meditação e o repouso provocaram sonolência e resultavam em efeitos neurológicos similares sustentando as descobertas de Holmes et al (1983) sobre a redução da estimulação em muitas do mesmo modo.

Os resultado dos estudos de Holmes et al (1983) foram recebidos com muitas críticas, particularmente pelos pesquisadores que, conforme suas próprias pesquisas, endossaram o uso da meditação. Alguns anos mais tarde, Holmes (1987) re-avaliou suas descobertas a luz das preocupações levantadas por seus colegas (Benson e Friedman, 1985; Shapiro, 1985; Suler, 1985; West, 1985) e as publicou como um capítulo na Psicologia da meditação (Est, 1987). Entre as críticas mais significativas e convincentes estava aquela realizada por Suler (1985, p. 99) que advertiu Holmes por não relacionar

os efeitos psicológicos com os efeitos fisiológicos. Além do mais, Suler (1985) apontava que se estivesse correto que a meditação não "afetava a atividade somática [mais do que o repouso] nos permitiria ter cuidado em evitar conclusões sobre sua efetividade em outras dimensões que devem ser mais restritivas". Holmes (1987) sobre este assunto respondeu consentindo que as suas evidências eram limitadas sobre os efeitos fisiológicos da estimulação. Ele evitou na ocasião novas explicações, conforme Suler (1985, p. 99), dizendo que "os outros efeitos estavam fora do alcance do escopo desta revisão". Em sua conclusão observa-se, Holmes (1987, p. 102) discutia sua linha de pesquisa mais recente envolvendo os efeitos de adaptação física e reiterando seu ceticismo sobre a meditação: "eu posso recomendar fortemente as pessoas que estão interessadas na redução da estimulação dependida em eu tempo de atividade tanto quanto em meditação e em repouso".

Na linha de raciocínio de Suler (1985) contém argumentos que são importantes para demonstrar como as conclusões originais de Holmes et al (1983) estavam ambas equivocadas e não exatas. Primeiro de tudo, os estudos de Holmes et al (1983) registraram a atividade cerebral durante a meditação e o repouso em apenas períodos curtos de tempo. Em certos intervalos, em termos de redução da excitação, a meditação mostra-se similar ao estado de repouso, mas se registrada em períodos de tempo extensos, as ondas cerebrais flutuaram como as de um praticante de meditação que regulou sua atenção (Davidson et al, 2003; Lazar et al, 2000). Isto contrasta com a avaliação do repouso no qual a redução da estimulação também é mantida ou, além disto, é reduzida do mesmo modo que nos momentos em se penetra em estágios profundos de sono. As conclusões de Holmes estavam restritas a um único momento meditativo que se mostra similar ao repouso; e estavam, então, equivocadas em relação a todo o processo.

Holmes (1987) também não estudou as diferenças existentes entre diversas técnicas meditativas, cometendo, por conta disto, um erro comum ao defender generalizações a respeito de todos os tipos de práticas meditativas. O treinamento em meditação budista usa a concentração (*shamata* ou *samadhi*), de modo provisório, como uma base à prática por estabilizar e aquietar a mente. Este efeito de redução da excitação é um pré-requisito ao estado mental que permitem a integração de outros tipos de técnicas meditativas (Bucknell e Kang, 1997). Como B. A. Wallace (1998, p. 12) apontou: "o Budismo Indo-Tibetano respeita o normal, que é a mente não treinada, vendo-a como 'disfuncional' enquanto permanece dominada pelos estados alternados de negligência, letargia e sonolência, de um lado, e de excitação e de atenção dispersa, de outro. O cultivo da quiescência [concentração] é designado para combater estes obstáculos e estabelecer as qualidades de atenção clara e estável, para obtenção das quais é aplicado o treinamento em meditação Insight".

A diferença entre meditação e repouso é que o meditador, conscientemente, regula e manipula seu relaxamento, enquanto que o sujeito em repouso é freqüentemente dominado pelo sono (Davidson et al, 2000; Lou et al, 1999). Isto está dentro do espaço terapêutico de vigília em estado de repouso que o praticante é capaz de ativar com a Meditação *Mindfulness* (*satipatana*) e investigação analítica (*Vipassana*) das sensações, emoções, pensamentos e da consciência.

Como uma associação livre, é através de uma observação relaxada que praticantes trabalham com suas próprias dependências, compulsões e visões irreais – tudo que pode conduzir a uma transformação profunda e sustentável e efeitos característicos. Os estudos de Holmes sugeriam que não existia nenhuma diferença neurológica entre meditação e repouso, mas isto é um equívoco porque meditadores de *Mindfulness* apresentam alterações contínuas na excitação ao final de extensos períodos

de tempo durante os quais eles, conscientemente, ajustam e manipula estados de atenção relaxada (Davidson et al, 2003; Lazar et al, 2000; Lou et al, 1999). Além do mais, nos momentos em que a meditação mostra-se similar ao repouso tinha o propósito no treinamento budista de combinar-se ao aprendizado de práticas avançadas de meditação. Este propósito contrasta com a maioria das outras técnicas meditativas que usam, exclusivamente. o relaxamento. Até que é verdadeiro o aumento do poder alfa durante a meditação por causa do relaxamento (Morse, Martin, Furst e Dubin, 1977), que é necessário para a compreensão dos mecanismos de meditação budista regulares para tornar útil no sentido de dados neurológicos, uma concepção que Holmes et al (1983) falhou em perceber.

4.6.1 Atividade Alfa

Há uma forte evidência neurológica que distingue concentração de tipos de meditação como *Mindfulness*. Das e Gastaut (1955), Bagchi e Wenger (1957, 1958), Anand e Chhina (1961) e Kasamatsu et al (1957) estavam entre os primeiros a usar máquinas portáteis de eletroencefalografia (EEG) em meditadores em estágio avançado que praticavam em seu ambiente natural diferentes práticas meditativas. Das e Gastaut (1955) estudaram sete indianos adeptos a meditação e descobriram que a concentração permitia a redução na amplitude de ondas alfa e aumentava a freqüência destas, sugerindo que esta prática era um estado de consciência alterado produzido. Eles também detectaram generalizadas explosões de eixos de atividade estável durante a culminância de experiência em absorção de paz (*samadhi*). Bagchi e Wenger (1958) de modo similar, estudaram yogis indianos praticando intensivamente concentração em cavernas no Himalaia. Eles registraram as ondas cerebrais com eletroencefalografia (EEG) durante sessões de meditação em que havia tentativas de atrapalhar os yogis com batidas de chocalhos e fleches de luz e até mesmo com a colocação de seus pés em água fria. E relataram que na maioria dos casos o ritmo alfa não era bloqueado pelos *inputs* sensoriais, indicando que durante estágios avançados de concentração, os adeptos eram completamente não influenciados por estímulos externos. Juntamente com o ritmo estável durante o *samadhi*, experiência de absorção em paz, retrocesso sensório é a característica neurológica diferenciada das demais práticas meditativas de concentração.

Estas descobertas continuaram a serem sustentadas pelos estudos mais recentes. Aftanas e Golocheikine (2005) examinaram os efeitos neurológicos de estímulos estressantes em praticantes de *Sahaja* Yoga comparados com grupo de controle. Os dados revelaram que os meditadores tinham um aumento, significativo estatisticamente, em sua habilidade em moderar a intensidade de excitação emocional.

Em contraste, as descobertas de Kasamatsu et al (1957) descreveram as características neurológicas da meditação Zazen, que são análogas as da meditação do tipo *Mindfulness*, de plena atenção, usada exclusivamente no treinamento budista. Usando quarenta e oito monges japoneses como voluntários, os pesquisadores registraram atividade alfa estável na freqüência de 11 a 12 Hz até o início da sessão de meditação. E notaram que a atividade alfa de olhos abertos era similar à atividade tipicamente vista com os olhos fechados, sugerindo que meditação Zazen é um estado menos excitado do que o estado normal de consciência alerta. Esta descoberta, fora reforçada pelo aumento da amplitude das ondas alfa e o decréscimo da freqüência destas, principalmente nas regiões frontais e centrais do cérebro. Durante o último estágio da sessão, os praticantes demonstraram grande redução na atividade alfa, sugerindo que a meditação Zazen era similar ao sono – um ponto que estes e outros autores tinham posteriormente refutado.

Usando estimulação com produção de ruído, os pesquisadores descobriram um bloqueio na atividade alfa, que retornava em distintos momentos mais tarde que indicavam a presença de atenção que excluiu o sono. De maneira similar, efeitos de bloqueios alfa foram encontrados em grupos de monges Zen examinados por Lo, Huang e Chang (2003).

Aumentos na consistência da atividade teta e alfa acima dos parâmetros de descanso e de alerta eram comumente encontrados durante a meditação, mais tarde diferenciando meditação de sonolência e de estágios iniciais de sono (Aftanas e Glocheikine, 2003; Travis, Tecce, Arenander e Wallace, 2002; Travis e Wallace, 1999). Aumentos em todo fluxo sanguíneo cerebral durante a meditação tinham sido observados, enquanto que decréscimos eram característicos do sono (Jevning, Fernando e Wilson, 1989). Estes resultados podem estar relacionados às descobertas de níveis de melatonina maiores que os padrões em meditadores e a níveis elevados em meditadores nas noites após meditarem (Harinath et al, 2004). Estes resultados combinados sustentam as declarações subjetivas de que meditação e sono não eram estados equivalentes (Aftanas e Golocheikine, 2001; Delmonte, 1984b; Ikemi, 1988).

Mais uma descoberta significativa do estudo de Kasamatsu et al (1957) era a de que os meditadores não apresentaram nenhum o gatilho de resposta habitual. A atividade alfa era bloqueada pelo mesmo período de tempo após repetições de estímulos auditivos, sem tornar-se costumeiro. Em contraste com as práticas de concentração que não bloqueavam as ondas alfa e se familiarizavam as distrações externas, a Meditação *Mindfulness* bloqueava a atividade alfa indicando uma aguda receptividade dirigida aos *inputs* sensórios. Além disso, a ausência de familiaridade indicava uma vigilância momento a momento ao invés de isolamento sensório. Isto caracteriza uma das principais diferenças neurológicas entre o estreito e exclusivo foco da concentração e a atenção receptiva e inclusiva de *Mindfulness*.

Os autores descreveram meditação Zazen como envolvendo simultaneamente ambas as posições de atenção. Primeiro a concentração produz um estado de consciência calmo e sem distrações; então *Mindfulness*, plena atenção, é introduzida permitindo receptividade para o influxo sensório que tende a unificação. Fenwick (1987, p. 107) revisou o estudo original de Kasamatsu e Hirai (1966) e citou os seus dizeres:

> "os Mestres Zen relataram para nós que eles tinham percebido mais nitidamente cada estímulo [ruidoso] do que em seu estado de alerta normal. Neste estado da mente não se pode ser afetado por estímulos externos e internos. Todavia, ele é capaz de responder aos estímulos".

Também fora notado que o nível de capacidade de atenção durante o relaxamento profundo era proporcionado pela maturidade meditativa do praticante, um fenômeno conhecido como uma resposta dosada, referente ao processo pelo qual, níveis elevados e de longa duração de atividade meditativa produzem grandes resultados e benefícios. Descobertas delineadas no estudo de Kasamatsu et al (1957) foram mais tarde corroboradas por Lutz et al (2004). Ambos os estudos foram significativos porque demonstraram que concentração e meditação do tipo *Mindfulness*, da plena atenção, eram artes diferentes que podiam ser desenvolvidas da mesma forma que os exercícios de musculação pode esculpir os músculos por horas de prática numa academia.

Concentração é caracterizada por decréscimo da excitação e pelo recuo do sensório. Se praticada exclusivamente, pode levar ao aumento da excitação e ao estado arrebatador, ou seja, de experiência mística (relacionado à felicidade e ao orgasmo) conhecido na Yoga Hindu e nas tradições meditativas Budista como *Samadhi* (Bagchi e Wenger, 1957; Das e Gastaut, 1955). Esta prática também é comum para a maioria dos

indivíduos não budistas com tradições contemplativas tais como Hinduismo *Bhakti*, a *Kabbalah* Israelita, o Chamanismo Cristão e o Sufismo entre outros (Goleman, 1988).

Dependendo da profundidade e da intensidade da concentração, atividade alfa deixará de bloquear, uma indicação de que o córtex cerebral está em isolamento sensório do ambiente. Em contraste, a prática de Meditação *Mindfulness*, da plena atenção, começa, de modo correspondente, com redução da excitação, mas então resulta num conjunto diferente de efeitos neurológicos.

No caso da meditação Zazen, a presença de ondas teta indica relaxamento profundo até que o bloqueio de ondas alfa e teta que representa uma atenção alerta. Este último é mais diferenciado pela falta de familiaridade aos estímulos, indicando assim que o sistema nervoso central reage outra vez para cada momento sucessivo. Isto demonstrou que o córtex cerebral é receptivo a novos *inputs* do ambiente, até mesmo para um maior grau do que em consciência de alerta normal. Delmonte (1984a) investigou que yogs meditadores usando atenção concentrada limitada não conseguiram bloquear ondas alfa e habituaram-se aos *inputs* externos. Praticantes de meditação Zen e outras meditações budistas, usando uma técnica mais aberta de Meditação *Mindfulness*, de plena atenção, bloquearam ondas alfa e não conseguiram se acostumar com estimulações estridentes ou ruidosas. Loizzo (2000) defendeu que um estado temporário de vigilância relaxado produzido por *Mindfulness* poderia se tornar uma característica duradoura pelo remontar da rede cerebral através da prática repetida. Estudos longitudinais preliminares para avaliar os efeitos característicos da prática Budista estão a caminho, incluindo o Projeto Shamata liderado pelo Dr. B. A. Wallace, diretor do Instituto Santa Bárbara de Estudos da Consciência e o Projeto de Cultivo e Equilíbrio Emocional liderado pela Dr. Margaret Kemeny e pelo Dr. Paul Ekman da Universidade da Califórnia e de São Francisco, respectivamente.

4.6.2 Atividade Teta

Vários pesquisadores têm sugerido um aumento na atividade teta (4 para 8 Hz) em lugar de aumento na atividade alfa durante a meditação provável de ser um estado específico como efeito da prática de meditação (Aftanas e Golocheikine, 2001, 2002; Anand e Chhina, 1961; Fenwik et al, 1977; Hirai, 1960; Jacobs e Lubar, 1989; Travis et al, 2002; Wallace et al, 1971). Alguns estudos concentrados na prática meditativa encontraram elevação na atividade teta que pode estar associada ao controle das respostas disponibilizadas e a experiência em meditação (Aftanas e Golocheikine, 2001). De modo similar, estudos recentes sobre Meditação *Mindfulness* indicaram aumento na atividade teta como característica dos meditadores mais experientes (Kasamatsu e Hirai, 1966). A elevação na atividade teta na prática meditativa tem sido amplamente divulgado (Aftanas e Golocheikine, 2001; Kasamatsu e Hirai, 1966, Kasamatsu et al, 1957; Lehmann et al, 2001; Lou et al, 1999; Wallace, 1970; West, 1980). A elevação de atividade teta na linha média frontal durante a meditação também tem sido observada (Aftanas e Golocheikine, 2002), embora uma ativação semelhante ocorrera em estudos sobre a atenção sustentada que não envolviam meditação (Ishii et al, 1999).

Dando atenção ao relato sobre atividade teta na linha média frontal, identificam-se diferenças entre as técnicas meditativas, conforme estudos de Pan, Zhang e Xia (1994) que examinaram dois grupos de praticantes de Qi-gong: o que adotava um estilo de meditação de concentração e o outro que aplicava a abordagem analítica de *Mindfulness* – atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento. Mesmo que, o nível de experiência em meditação nos dois grupos fossem iguais, a técnica Qi-gong de meditação de concentração produziu nos praticantes atividade teta na linha média

frontal, enquanto a meditação do tipo *Mindfulness* não a produziu. Contudo, práticas meditativas baseadas em *Mindfulness* tem tido menor freqüência na aplicação de avaliações com eletroencefalografia (EEG) do que os estudos sobre meditação de concentração. Um estudo comparativo realizado por Dunn et al (1999) descobriu que Meditação *Mindfulness* produzia grande atividade teta frontal em contraposição a meditação de concentração. Este achado contradiz os relatos anteriores que indicavam uma associação entre atividade teta frontal e meditação de concentração.

Pan et al (1994) ainda revelou que meditadores novatos produziam atividade teta de modo global que, geralmente, acontecia durante o relaxamento característico do estado de sono do que em quaisquer das duas condições meditativas, com isso seu estudo abordou as implicações da sonolência como fonte de atividade teta. Os estudos de Ishii et al (1999) descobriram que atividade teta na linha média frontal era produzida pelo córtex cingulado anterior, pelo córtex pré-frontal medial e/ou pelo córtex pré-frontal dorso-lateral. Esta atividade foi correlacionada, por Gevins, Smith, McEvoy e Yu (1997), as tarefas de atenção demandadas e aos níveis elevados de atividade teta tipicamente relacionados com a redução, dos estados e características, da ansiedade (Inanaga, 1998). Então, elevação na atividade teta frontal, tanto em estado quanto em característica, alcançada na meditação estavam associados à diminuição no nível de ansiedade resultante desta prática (Shapiro et al, 1980; West, 1987). Esta descoberta pode estar relacionada a descrições subjetivas comuns, tais como paz ou felicidade e baixa na atividade teta contida nas rajadas de ocorrências durante a meditação de concentração e nos momentos iniciais da Meditação *Mindfulness* mais básica (Aftanas e Golocheikine, 2001; Lou et al, 1999).

4.6.3 Lateralidade e Dominância de Hemisfério

Recentes estudos em neurociência buscaram responder de que modo à meditação afeta os hemisférios cerebrais e como isto pode ser utilizado para finalidades terapêuticas. Alguns pesquisadores (Austin, 1999; Bear, 1986; Kessin, 1986; Loizzo, 2000) tinham determinado as diferentes funções dos hemisférios direito e esquerdo do córtex cerebral. Fortes evidências indicaram que o hemisfério esquerdo, numa certa reação individual, era responsável pela comunicação verbal, pelo raciocínio lógico, pela aprendizagem, pela atividade analítica e pelas emoções positivas. O hemisfério direito estava associado à intuição, a percepção visual, a criatividade, a experiência pré-verbal – que precede o desenvolvimento da fala -, aos afetos negativos e ao inconsciente.

Existem diversas perspectivas divergentes na literatura quanto à lateralidade cerebral e suas funções na meditação. Alguns pesquisadores apóiam-se na concepção de que a meditação diretamente operada pelas funções do hemisfério direito (Davidson, 1976, Ornstein, 1971, 1972; Schwartz, 1974; West, 1987). Outros expressam que a meditação reduz a atividade do hemisfério esquerdo permitindo o surgimento de atividades do hemisfério direito (Abdullah e Schucman, 1976; Ehrlichman e Wiener, 1980; Meissner e Pirot, 1983; Prince, 1978). Outros estudiosos (Glueck e Strobel, 1975; Lutz et al, 2004; Westcott, 1974) também apontaram para o aumento na amplitude de atividade alfa no hemisfério esquerdo promovido pela meditação, que mais tarde é disseminado para o hemisfério direito.

A variação contida nas descobertas dos estudos sobre esta questão reitera a necessidade de promover mais experimentações e pesquisas assim como uma classificação mais coerente dos efeitos de acordo com o tipo de meditação praticado. Enquanto houver um menor entendimento a respeito de processo precisos e sobre os mecanismos de ativação dos hemisférios, há um entendimento geral de que meditações

de concentração, eventualmente, operava o hemisfério direito (Aftanas e Golocheikine, 2005).

Mesmo que o hemisfério direito possa estar em ascendência apenas durante os estágios iniciais da meditação, os dados sobre a amplitude na eletroencefalografia (EEG) sugeriram que a meditação poderia ter efeitos de longo prazo em habilidades específicas controladas pelo hemisfério direito. Bennett e Trinder (1977) descobriram que como um grupo, meditadores exibiam grandes diferenças assimétricas entre as atividades visuais e verbais. De modo similar, Earle (1977) identificou que até numa situação de aritmética foi, desde um estado inicial, significativamente, lateralizado o hemisfério cerebral direito, por um grupo de meditadores treinados, não sendo isto verdadeiro em um grupo de controle não treinado em meditação. Maiores diferenças assimétricas em eletroencefalografia (EEG) comparadas de atividades verbais e visuais foram associadas à orientação especial e a habilidade superior (Fiore, 1978). Assim, de acordo com as descobertas de Davidson (1976), estes estudos mostraram que a meditação pode levar a maior habilidades específicas no hemisfério direito.

Mais recentemente, Loizzo (2002) relatou que os efeitos neurológicos dependiam do tipo de prática de meditação estava sendo estudado. Enquanto a meditação de concentração operava dominância do hemisfério direito, Loizzo (2000) sustentava que em Meditação Insight (Meditação *Mindfulness* avançada) ambos os lados do cérebro eram ativados simultaneamente e causava uma integrada harmonia interna. Ao invés de trabalhar num modo dualístico com cada hemisfério atuando unilateralmente, a Meditação *Mindfulness* acessava funções associadas a cada um destes hemisférios. Isto parede plausível dado ao estado relaxado e alerta que esta se designa a cultivar a introdução de uma prolongada investigação analítica (atividade do hemisfério esquerdo) de afetos negativos e impulsos inconscientes habituais (associados à atividade do hemisfério direito).

Loizzo (2000) ainda propôs que Meditação *Mindfulness* pode afetar o padrão de dominância unilateral do hemisfério esquerdo, passando-o para uma ativação bilateral. Isto capacitaria a funcionalidade do hemisfério esquerdo, como as de capacidade analítica e de aprendizagem, serem aplicadas ao processamento de experiências pré-verbais, de afetos negativos e de outros fenômenos inconscientes associados ao hemisfério direito. O que fora, inicialmente, estabelecido como o potencial psicoterapêutico da meditação era sua capacidade de acessar o inconsciente (Epstein, 1990a) e desvelar material reprimido (J. Miller, 1993). Hipótese esta que demanda estudos neurocientíficos para sua comprovação.

A fim de investigar a relevância das descobertas neurológicas sobre meditação na psicoterapia ocidental, os pesquisadores, por um lado, estavam de acordo com a tradição indiana descrita por *Buddhagosha* (1991) e por outro, em acordo com os acadêmicos contemporâneos que tinham examinado seu trabalho (Goleman, 1988; Thurman, 1984), que definia *Mindfulness* – atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento – como uma atividade consciente que incluía intuição e direta compreensão da experiência sobre a realidade, em lugar de apenas capacidade intelectual, racional e cognitiva isoladas. *Mindfulness* prolongada representava uma mudança do estado humano regular de hiper-reatividade para um estado mais relaxado quanto aos aspectos emocionais e mais receptivo quanto aos aspectos perceptivos. Este estado sendo mantido pode ser útil às metas da psicoterapia por que, pode fornecer uma estrutura não defensiva sobre a mente que a conduz para um exame dos sentimentos e memórias reprimidos, entre outros. Mais importante ainda é, que se a habilidade em *Mindfulness* fosse, ainda mais, desenvolvida poderia, eventualmente, modificar os padrões internos

sustentados caracterizando-os como consciência muito mais tranqüila, des-automatizada e menos habitual (B. A. WALLACE, 2005).

4.6.4 Estudos com Novas Tecnologias

Duas técnicas de neuroimagem, relativamente novas, tomografia por emissão de positron (PET) e imagem funcional por ressonância magnética (fMRI), forneceram ferramentas distintas aos pesquisadores para explorarem a atividade dentro do cérebro humano. A tomografia por emissão de positron (PET) pode acompanhar diferenças na atividade cerebral ocorrida durante uma sessão de meditação, enquanto a imagem funcional por ressonância magnética (fMRI) pode examinar mais a fundo um momento singular da experiência meditativa, que até mesmo inclua a liberação de neurotransmissores com as dopaminas. Gremer et al (2005, p. 234) contrastou a capacidade destas técnicas com a da mais antiga, a eletronencefalografia (EEG), declarando:

> "os sinais de EEG possuem milisegundo de resolução e pobre resolução espacial. Estas imagens dão ao cientista apenas uma região cerebral geral na qual a atividade está ocorrendo e não podem, com segurança, detectar a atividade de estruturas subcorticais profundas como a amídala e o hipocampo. O uso de EEG permitia aos cientistas identificar mudanças dinâmicas na atividade cerebral durante a meditação de um modo que refletia os tipos de atividade que estavam ocorrendo (ondas alfa, gama ou teta) não exatamente as regiões que eram ativadas. Além disto, EEG tem uma vantagem sobre PET e fMRI, por permitir aos pesquisadores acessar atividades cerebrais num ambiente, relativamente quieta e natural".

Lazar et al (2000) usou imagem funcional por ressonância magnética (fMRI) para monitorar efeitos da Yoga Kundalini, uma prática de concentração, e encontrou aumento constante de atividade nas regiões cerebrais envolvidas com a atenção e com a modulação fisiológica apesar da atividade decrescer no córtex sensório. Isto apóia as descrições subjetivas de que a meditação de concentração envolvia um recuo da atenção ao externo e a estimulação sensória.

Num estudo envolvendo tomografia por emissão de positron (PET) com outra prática de concentração conhecida como Yoga Nidra, Lou et al (1999) encontrou diminuição da atividade cerebral nas regiões envolvidas no controle executivo, no processamento emocional e na organização motora. Prosseguindo com este estudo, Kjaer et al (2002), estes mesmos pesquisadores encontraram aumento nos níveis de dopamina liberados no striatum, que era consistente as descrições subjetivas de sensações de relaxamento e de diminuição da excitação. Em outro estudo com meditadores de técnica de concentração, Newberg et al (2001) descobriu redução na atividade no lobo parietal, uma região envolvida na integração dos estímulos sensoriais e de reposicionamento espacial. Diminuição de atividade nesta região era consistente com os relatos subjetivos sobre experiência meditativa de elevado jhanas sem forma real, ou seja, um estado de profunda absorção, no qual a mente praticamente torna-se o objeto de concentração, e descritos como experiências místicas de sair fora do corpo e de rompimento com o tempo e o espaço.

Em contraste a estes estudos que examinaram os efeitos da meditação de concentração (CM), Davidson et al (2003) conduziu uma pesquisa aleatória com controle experimental dos efeitos do programa baseado em Meditação *Mindfulness* para redução do *stress* (MBSR) sobre o cérebro e a função imunológica com empregados saudáveis em seu ambiente de trabalho. Dados de eletronencefalografia (EEG) foram coletados numa base de dados, imediatamente após a intervenção e nos quatro meses

após a intervenção. Acompanhando o programa em Meditação *Mindfulness* de 8 semanas foram vacinados com vacina contra gripe. O estudo ainda diferenciou-se dos demais estudos sobre o cérebro meditativo pelo desvio em sua ênfase de investigação estar sobre os efeitos que podiam ser mais duradouros do que daqueles produzidos durante uma sessão singular de meditação.

O estudo de Davidson et al (2003) indicou que passado um período de tempo, Meditação *Mindfulness* alcançava níveis maiores de ativação do lado esquerdo da região anterior do cérebro, comparado ao grupo de controle. O que tinha sido anteriormente estabelecido que a ativação nestas regiões estavam associadas com a diminuição da ansiedade e com o aumento do afeto positivo (Davidson e Irwin, 1999, p. 90), sendo estes catalogados pelos autores, como os primeiros a documentar alterações significativas em assimetria da ativação anterior em relação a um treinamento funcional em meditação. Os benefícios neurológicos da Meditação *Mindfulness* tornaram-se claros quando combinados a evidências anteriores de aumento na ativação anterior do lado esquerdo (Davidson, 2000) avaliados na recuperação do *stress* relativo a condições e estimulações negativas.

O estudo de Davidson et al (2003), também foi o primeiro a apresentar aumento na função imunológica como um resultado da Meditação *Mindfulness*, como indicado pelo rápido ápice de anticorpos no grupo experimental após a vacinação contra gripe. Isto, sugere que há uma significativa correlação entre aumento da ativação cerebral do lado esquerdo e aumento da função imunológica. Os pesquisadores indicaram que, o pequeno tamanho da amostra e a limitação estatística dos dados, tornou suas descobertas provisórias, sendo necessário novas investigações. Apesar disto, eles concluíram que um programa, breve e intensivo, de treinamento em Meditação *Mindfulness* poderia ser importante à saúde por melhorar os efeitos biológicos e neurológicos.

Este estudo concedeu importância à afirmação de que Meditação *Mindfulness* difere da Meditação de Concentração em termos de efeitos neurológicos. Além do mais, parece que Meditação *Mindfulness* pode ajudar a construir pontes que dividem mente e cérebro por fornecer a tecnologia que altera estados mentais de reatividade ao *stress* para o de tranqüilidade, e estados afetivos de ansiedade para um com mais qualidade e mais agradável.

Os autores mostraram que estas alterações na disposição psicológica influenciavam a neurobiologia pelo aumento imunitário e reabilitação ao longo do tempo da degradação neurológica, assim apressando a recuperação a partir de mudanças ambientais. De acordo com Cahn e Polich (2006, p.195), o estudo de Davidson et al (2003) indicou que:

> "estes resultados podem refletir a ativação relativa ao córtex pré-frontal esquerdo e direito, que indica o tom emocional e a motivação como uma maior força alfa no lado esquerdo do que no direito associada a maior ativação do hemisfério frontal direito (Coan e Allen, 2004; Davidson, 1998, 2003) Nesta estrutura, estilos de orientação emocional acessíveis e palatáveis são caracterizados por uma atividade cortical pré-frontal do lado esquerdo sobre a do direito, enquanto que os estilos orientados pela fuga ou pelo retrocede caracterizam-se pela dominância de atividade cortical pré-frontal do lado direito sobre o esquerdo (Davidson, 1992; Davidson, Ekman, Saron, Senulis e Friesen, 1990; Davidson e Irwin, 1999). Variação normal de estados afetivos positivos a negativos sugerem dominância esquerda para estados e traços de felicidade, como dominância de atividade do lado esquerdo sobre o direito no hemisfério frontal, primeiramente, relacionada à aproximação de retrocesso do escopo emocional e motivacional (Davidson, Jackson e Kalin, 2000; Harmon-Jones, 2004; Harmon-Jones e Allen, 1998; Wheeler, Davidson e Tomarken, 1993). Em síntese, a prática de meditação

> pode afetar o fundamental equilíbrio elétrico entre os hemisférios cerebrais para modular diferenças individuais na experiência afetiva, com mais estudos se garantirá acesso a esta possibilidade".

A teoria da neuroplasticidade (A. Damásio, 1994) sugere a possibilidade de que pelo cultivo de estados positivos como o de felicidade (*sukha*) e de cuidado (*karuna*) de modo prorrogado, pode tornar-lhes mais firmemente estabelecidos nos traços de personalidade por meio de aprendizagem e reforço recorrentes, que posteriormente, transformam a rede neural no cérebro (Begley, 1986; Schore, 2003; Siegel, 1999; Solms e Turnbull, 2002). O oposto encontrado, já tem sido estabelecido, segundo o qual os traços com caráter negativo e as emoções aversivas, hostis, como as de estar envolvido com seus próprios pensamentos (Grahan, Schwerwitz e Brand, 1989; Scherwitz, Grahan e Ornish, 1985; Scherwitz, Grahan, Grandits, Buehler e Billings, 1986), raiva (Ornish et al, 1990) e hostilidade (Williams, 1989), liberam uma mistura tóxica de hormônios no sistema nervoso, incluindo cortisol e adrenocorticotropin releasen factor, que ao longo do tempo tem sido encontrados por afetar o crescimento neural (Sapolsky, 2003), diminuindo o volume cortical (Rosenzweig e Bennet, 1996) e estar muito relacionado com a doença cardíaca (Ornish et al, 1998; Williams et al, 1999), a depressão (Teasdale et al, 2000) e a morte (Lee, Ogle e Sapolsky, 2002; Sapolsky, 1998, 1999).

Lutz et al (2004) também sugeriu que aumento de atenção e afeto positivo eram habilidades que podiam ser adquiridas por treinamento mental. Eles examinaram efeitos neurológicos da meditação produzidos por dois grupos com níveis variados de experiência em meditação. Comparando os novatos com os meditadores, os meditadores altamente treinados pelo Budismo Tibetano, que tinham praticado mais de 10.000 horas de meditação, tinham, destacadamente, amplitude mais elevada e por muito tempo, alcance global da atividade gama sincronizada de modo bilateral nas regiões frontal e parietal/temporal. Uma elevação em sincronicidade gama foi, ainda observada nas medidas iniciais (antes da meditação), se tornando mais acentuadas e mais globais durante a meditação num treinamento de meditadores Tibetanos. Freqüências da banda gama eram encontradas por corresponder à atenção, trabalho da memória, aprendizagem, percepção consciente e ao estado em se está sonhando (Fries, Reynolds, Rorie e Desimore, 2001).

Mudanças neurológicas produzidas por meditadores experientes acrescentaram mais um apoio a uma eletrofisiologica correlação a consciência. O fato de meditadores tibetanos treinados terem padrões gama aumentados em sincronicidade e em amplitude indicaram ao longo do tempo alterações cerebrais como as resultantes de anos de prática de meditação. Pode-se especular que o resultado da meditação há um desenvolvimento induzido em específicas regiões cerebrais, estes monges funcionavam num mais elevado padrão de estado consciente, e alcançavam uma, ainda maior, intensidade de atenção consciente durante a meditação. Os autores (Lutz et al, 2004) refutaram a concepção de que estes efeitos neurológicos eram causados pela existência prévia de diferenças na amostra. As análises comparativas deles revelaram que horas de prática, significativamente, confirmou a previsão de sincronização da banda gama – sem importar a idade, a cultura original ou os aspectos demográficos. De novo, o estudo confirmou uma avaliação proporcional (resposta controlada) característica da meditação.

4.6.5 Neuroplasticidade, *Stress* e Meditação

Nos últimos anos, pesquisas sobre os mecanismos do *stress* têm levado a uma nova compreensão das origens dos distúrbios mentais (Appley e Trumbull, 1986;

Fawcett, 1992; Rabkin, 1982; Sapolsk, 1998, 1999; Schimidt et al, 1997). Loizzo (2000) defende que a seqüência trifásica de eventos – fases de alerta, resistência e exaustão, observados na resposta de luta ou fuga do *stress* incluíam uma avaliação não realista, o medo baseado em experiência passada, eventuais efeitos aversivos e a ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal. Havia fortes evidências das implicações do *stress* na produção de efeitos neurológicos ao longo do tempo caso a seqüência trifásica prosseguisse de modo incontrolável. Repetitivas ativações desta seqüência trifásica do *stress* resultam numa diminuição da neurogênese, em degradação do tecido neural ao longo do tempo e na diminuição do volume cortical, além de também pode estar envolvida no desenvolvimento de trauma psicológico, de ansiedade e de desordens do humor (Sheline, Wang e Gado, 1996; Yehuda, 1997). O modelo de alostasia concebido na pesquisa sobre mente/corpo pode esclarecer os efeitos patológicos do *stress* descontrolado. De acordo com Shulkin, McEwen e Gold (1998, p. 220):

> "Alostasia significa alcançar a estabilidade através de mudanças e, em parte, se refere ao processo de aumento da atividade do sistema nervoso autônomo simpático e do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal para promover adaptação e re-estabelecer a homeostase. Alostasia também destaca a nossa habilidade de antecipação, de adaptação ou de enfrentamento a eventos que impeçam o futuro...Quando sistemas alostáticos ficam ativos eles podem causar desgastes, provocar o rompimento de tecidos e acelerar a patofisiologia – desordenação dos processos fisiológicos associado a doenças - ... um fenômeno que tem sido chamado de sobrecarga alostática. Há três tipos de sobrecargas alostáticas: 1) Freqüentes sobre estimulação provocada por *stress* constante, resultando em excessiva exposição hormonal; 2) Falhas na interrupção das respostas alostáticas quando não são necessárias ou se é incapaz de se acostumar ao mesmo estressor, sendo o resultado de ambas, o de exposição exagerada aos hormônios do *stress*; 3) Incapazes de acessar as respostas alostáticas quando necessitadas, neste caso outros sistemas (por exemplo, o de citocinas inflamatórias) tornam-se hiper-ativos e produzem outros tipos de desgaste e de rompimentos".

Este modelo favorece a conceituação dos processos neurológicos envolvidos a, ou afetados por, exposições ao *stress*. Dois processos em desenvolvimento em neurociência cognitiva favorecem o engajamento sobre a existência de soluções potenciais para problemas provocados por sobrecargas alostáticas. Primeiro, existe evidência de que o sistema nervoso é mais flexível e dinâmico ao contrário do que, inicialmente, se concebia (A. Damásio, 1994). O último século de pesquisas biológicas e neurológicas sustentou, de modo consistente que o cérebro e o sistema nervoso central eram, literalmente, difíceis de se condicionar e raramente, mudavam após um período inicial do desenvolvimento humano (Reiser, 1984). Novas evidências parecem indicar o contrário, e, como Loizzo (2000, p. 149) apontou:

> "maior diálogo com a neurobiologia fez com que as pesquisas sobre psicoterapia dessem atenção a um papel na formação e no desenvolvimento da estrutura e da função cerebral que a aprendizagem desempenha e que o substrato cerebral de neuroplasticidade, uma propriedade de preservação e de continuidade do sistema neural, deixa de ter um papel determinado geneticamente fora do comum, e de ser visto como circuitos, da rede neural, permanentemente conectados ou de difícil condicionamento".

Neuroplasticidade se refere a alterações estruturais e funcionais no cérebro, que foram provocados pelo treinamento e pela experiência. O cérebro é um órgão que está designado a mudar a resposta a experiência. Neurociência e pesquisa em psicologia terminadas na década passada sobre estes assuntos e conduziam para novas percepções sobre os muitos caminhos nos quais o cérebro e o comportamento alteram a resposta à

experiência (Davidson, 1994). Esta saída básica também está sendo estudada em muitos níveis distintos, em diferentes espécies e sobre escalas temporais diversas.

Até o momento todo o trabalho, invariavelmente, conduz à conclusão de que o cérebro não és estático, mas é, dinamicamente variável e sofre tal mudança ao longo de toda a vida da pessoa (Damásio, Grabowki, Frank, Galaburda e A. Damásio, 1994). Então, danos causados pelas sobresobrecarga alostática não são necessariamente irreversíveis, como o sistema nervoso pode continuamente aprender, crescer, mudar e curar a si mesmo em todos os momentos de uma vida se um indivíduo continua a receber estimulação e aprimoramentos positivos (Rosenzweig e Bennett, 1996; Swaaab, 1991).

Mais tarde, pesquisas sobre meditação e os mecanismos biológicos do *stress*/reatividade emocional poderão fornecer material substancial necessário a formulações teóricas envolvendo tal prática na reorganização funcional de estruturas límbicas relacionadas ao *stress* (Esch, Guarna, Bianchi, Zhu e Stefano, 2004).

O segundo processo em desenvolvimento se apóia na existência de algumas indicações de que se pode fornecer esta estimulação positiva continuada ou aperfeiçoar o ambiente que estão sendo desenvolvidos nas pesquisas com meditação e da medicina mente-corpo onde pode exercer seu maior impacto (Loizzo, 2000). O estado e os efeitos produzidos pela meditação podem educar o cérebro, capacitando-o a reter qualidades flexíveis e a promover a capacidade restauradora (Begley, 2004; Davidson, Jackson e Kalin, 2000).

Alguns estudos apresentam um ponto de vista no qual a Meditação *Mindfulness* acessa a denominada "resposta de experiência de amor crescente" no cérebro de mamíferos, que combate a resposta defensiva ao *stress* de luta ou fuga no cérebro de répteis (Loizzo, 2000, 2006b). Também fora, anteriormente estabelecido, que a meditação é um catalisador de experiências, de modo similar, a livre-associação e de uma reestruturação cognitiva, que tem sido ligada à plasticidade neural (Delmonte, 1990b; Kabat-Zinn, 1992; Loizzo, 2000).

Então, alguém pode supor que a meditação não é apenas útil na desativação da resposta ao *stress* durante uma situação aguda de ativação e através disso interromper danos neurais futuros; mas também pode ter um papel crucial na reabilitação e na reparação do dano de longo prazo associado ao *stress* crônico e a sobrecarga alostática. De acordo com Loizzo (2000, p. 147):

> "Pesquisas atuais indicam que as técnicas de meditação fornecem métodos educativos para, conscientemente, se alterar não só a "programação" psicológica de padrões habituais fundamentais, mas até mesmo os circuitos, da rede neural, permanentemente conectados a estes, ou de difícil condicionamento, e os sistemas (wetware) de neurotransmissores, hormônios e outros mensageiros químicos. Dado que a neurociência tem, recentemente, descoberto o papel de organização central de padrões da mente-cérebro-comportamento na saúde, a a medicina moderna está começando a compreender por que os sistemas médicos do mundo clássico colocam métodos educativos de auto-cura como a meditação ao centro de sua teoria e prática".

5. PESQUISA EXPERIMENTAL COM MEDITAÇÃO

5.1 Características Gerais do Experimento

O desenvolvimento da pesquisa experimental foi realizado por um estudo de caráter exploratório comparativo, com enfoque dentro da abordagem quantitativa, uma vez que o interesse era o de avaliar uma possível redução nos níveis de *stress* da amostra submetida a um programa de intervenção em meditação.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador durante o primeiro seMestre de 2008 e utilizaram as instalações físicas de três instituições: da Universidade Federal do Rio de Janeiro, localizada na cidade do Rio de Janeiro, da Universidade do Grande Rio, situada no município de Duque de Caxias e do Hospital Municipal Nossa Senhora da Piedade, no município de Paraíba do Sul, ambos no estado do Rio de Janeiro. Todos os treinamentos em Meditação bem como o desenvolvimento dos debates educativos sobre *Stress* e seus efeitos psico-fisiológicos foram realizados pelo pesquisador.

5.1.1 Composição da Amostra

A composição da amostra se deu por voluntários com as características descritas na população que cumprirem os critérios de inclusão e exclusão dos participantes deste estudo. Em respeito aos fundamentos dos objetivos específicos deste experimento, as características da população envolvida neste experimento, são: voluntários, brasileiros, adultos, saudáveis, sem antecedentes psiquiátricos e que não apresentam transtornos neurológicos, e que não façam psicoterapia ou uso de medicamentos psicotrópicos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, residentes no Estado do Rio de Janeiro.

O critério de inclusão e exclusão dos participantes da amostra desta pesquisa determina que sejam brasileiros adultos saudáveis, segundo critérios do DSM-IV, com idade entre 18 e 60 anos, que não praticam ou praticaram quaisquer técnicas de meditação, que se manifestaram, voluntariamente, interessados em participar do estudo divulgado pelo envio de mensagem eletrônica ao endereço de e-mails de funcionários, docentes e discentes das instituições onde o experimento fora realizado do mesmo modo que através da colocação em murais destas instituições de cartazes.

Todos os voluntários interessados em participar do experimento foram submetidos a entrevista pré-teste estruturada em conformidade com os critérios de diagnósticos do DSM-IV, durante a qual realizou-se a primeira mensuração dos níveis de *stress*, seguidos pelos procedimentos de esclarecimento sobre os procedimentos e etapas da pesquisa e os voluntários que concordaram com este processo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de participação em pesquisa clínica (anexo A) e receberam uma carta de informação sobre o estudo do qual participarão (anexo B), de acordo com as normas vigentes.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, uma vez que os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo que nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade do voluntário, não incorrendo em qualquer tipo de despesa para participar, bem como nada foi ou será pago pela participação deste. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, tendo somente a pesquisadora e o orientador conhecimento dos dados pessoais.

5.1.2 Escalas Diagnósticas Aplicadas

Quanto aos materiais adotados para fins de mensuração dos níveis de *stress* dos voluntários, adotaram-se escalas diagnósticas da sintomatologia do *stress*, dos níveis de ansiedade, de depressão e de pensamentos pessimistas, complementares entre si.

Dentre as escalas de mensuração da saúde, que obtém a informação do indivíduo através de comunicação verbal e não verbal, também denominadas de auto-avaliação, foram adotados o Inventário de Sintomas de *Stress* (ISSL) – anexo C, elaborado com base nos conceitos de Selye e validado por Lipp e Guevara (1994). Já dentre as escalas clínicas de avaliação psicológica serão adotados para mensuração: da ansiedade, o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) – anexo D, da depressão, o Inventário de Beck para Depressão (BDI) – anexo F e para o pessimismo, o Inventário Beck para Pessimismo (BHS) – anexo E. Assim, os recursos de mensuração dos níveis de *stress* não englobarão testes laboratoriais, clínicos e neurofuncionais, embasando-se apenas em escalas de auto-avaliação.

Ao participar desta pesquisa, os voluntários receberam como benefício direto o relatório com os resultados dos seus níveis de *stress* avaliados durante o experimento do mesmo modo que os esclarecimentos necessários tanto quanto foram treinados, na forma de programa de oito semanas consecutivas para redução do *stress*, e aprenderam a Meditação *Vipassana* no caso dos integrantes do grupo teste meditação, e no caso grupo teste placebo, foram treinados e aprenderam um procedimento de Meditação de Concentração Mental na Nota-Chave: "tudo vai dar certo", enquanto que o grupo educativo sobre *stress* apreendeu o conhecimento proporcionado pelas palestras e pelo material didático disponibilizado, sobre o *stress* e seus efeitos psico-fisiológicos.

5.2 Descrição do Experimento

5.2.1 Grupos de Testes

O experimento científico foi modelado de acordo com as hipóteses principal e secundárias. Sendo assim, foram projetados um programa singular com oito semanas consecutivas de duração para cada um dos três grupos testes, definidos a seguir:

- Grupo Teste em Meditação (TM)
- Grupo Teste Placebo (TP)
- Grupo Teste Educativo sobre *Stress* (TE)

Com o propósito de testar a hipótese central de reduzir o *stress* através da prática de meditação, ao grupo TM se aplicou um programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress*. Já para por a prova as hipóteses secundárias desta pesquisa, implementou-se, no grupo TP, um programa em Meditação de Concentração para redução do *stress* que testava a hipótese de se obter redução do mesmo por meio de relaxamento e concentração em um elemento de crença, neste caso na forma da Nota-Chave "tudo vai dar certo". E para testar a hipótese secundária que processos de aprendizagem poderia reduzir o *stress*, se implantou no grupo TE um programa Educativo sobre o *Stress* e seus efeitos psico-fisiológicos.

A etapa de experimentação iniciou com uma entrevista individual de pré-teste e terminou com outra entrevista individual de pós-teste, uma vez que as reuniões

semanais durante o desenvolvimento dos programas para redução do *stress* foram realizadas em grupo.

Após a entrevista pré-teste, os voluntários foram distribuídos, aleatoriamente, em três grupos testes: o grupo meditação (TM), o grupo placebo (TP) e o grupo educativo (TE), totalizando 64 participantes conforme tabela 2.

Tabela 2 – Total de Voluntários do Experimento Científico

Nomenclatura do Grupo Teste	Sigla	Método Adotado	Número de Participantes
Grupo Teste em Meditação	**TM**	Treinamento em Meditação *Vipassana*	21
Grupo Teste Placebo	**TP**	Treinamento em Concentração na Nota-Chave: TUDO VAI DAR CERTO	22
Grupo Teste Educativo	**TE**	Debates educativos sobre *Stress* e seus Efeitos Psico-fisiológicos	21
Total			**64**

Fonte: Elaborado pelo autor

5.2.2 Programa de Redução do *Stress*

Cada um destes três grupos testes, em relação aos métodos, adotou um programa de intervenção em oito semanas similar aos adotados pelos programas de redução do *stress* baseado em Meditação *Mindfulness* (MBSR) desenvolvido por Kabat-Zin, pesquisador desde a década de 1990, do *Stress* Reduction Clinic, Departament of Medicine-Division of Preventive Medicine, no *University of Massachusetts Medical Center*, em *Worcester*, MA, que tem sido aplicado em mais de 200 centros de pesquisa no ocidente, ao ponto de, já integrar terapias cognitivas, terapias comportamentais dialéticas, terapias de aceitação e compromisso e terapias comportamentais.

O programa de redução do *stress* adotado nesta pesquisa caracterizou-se de encontros semanais em grupo durante oito semanas subseqüentes com duração média, destas reuniões de duas horas.

O desenvolvimento do programa de intervenção em oito semanas nos três grupos experimentais foi composto de procedimentos específicos, embora todos iniciassem o experimento através de uma entrevista individual pré-teste e terminassem com uma entrevista individual pós-teste.

A pesquisa experimental procedeu deste modo para que fosse possível descartar reduções nos níveis de *stress* dos voluntários, associadas a elementos de crença pessoal, objeto de averiguação com o grupo placebo (TP) e obtidas por processos de aprendizagem, foco da investigação com o grupo educativo (TE) e então, ser possível verificar a hipótese de redução do *stress* proporcionadas, única e exclusivamente, pela Meditação *Vipassana* por ser o único objeto do treinamento do grupo meditação (TM), diferentemente dos demais programas de redução do *stress* baseados em meditação aplicados no ocidente que acrescentam outros exercícios orientais a meditação.

Com o grupo de meditação (TM), as sessões semanais serviram para mensuração dos níveis de *stress* e para o treinamento em Meditação *Vipassana*, conforme figura 8, intercalados por práticas diárias individuais de meditação realizadas por cada voluntário.

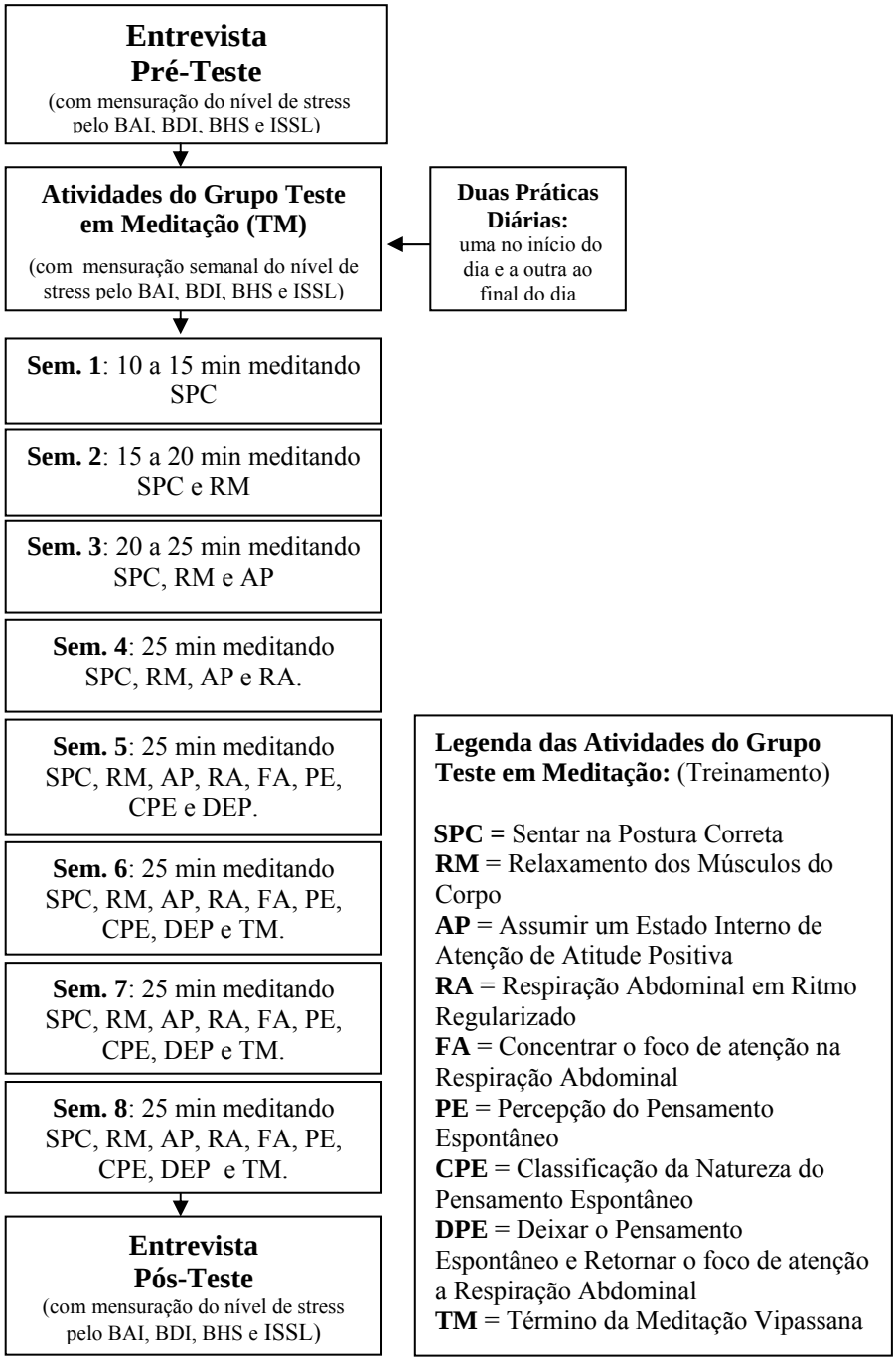


Figura 8 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste em Meditação (TM)
Fonte: Elaborado pelo autor

De modo similar, transcorreu o experimento com o grupo placebo (TP) que também utilizou as sessões semanais com a pesquisadora para mensuração dos níveis de *stress* e para o treinamento em Concentração em uma Nota-Chave, de acordo com figura 9, intercalados por práticas diárias individuais de meditação realizadas por cada voluntário.

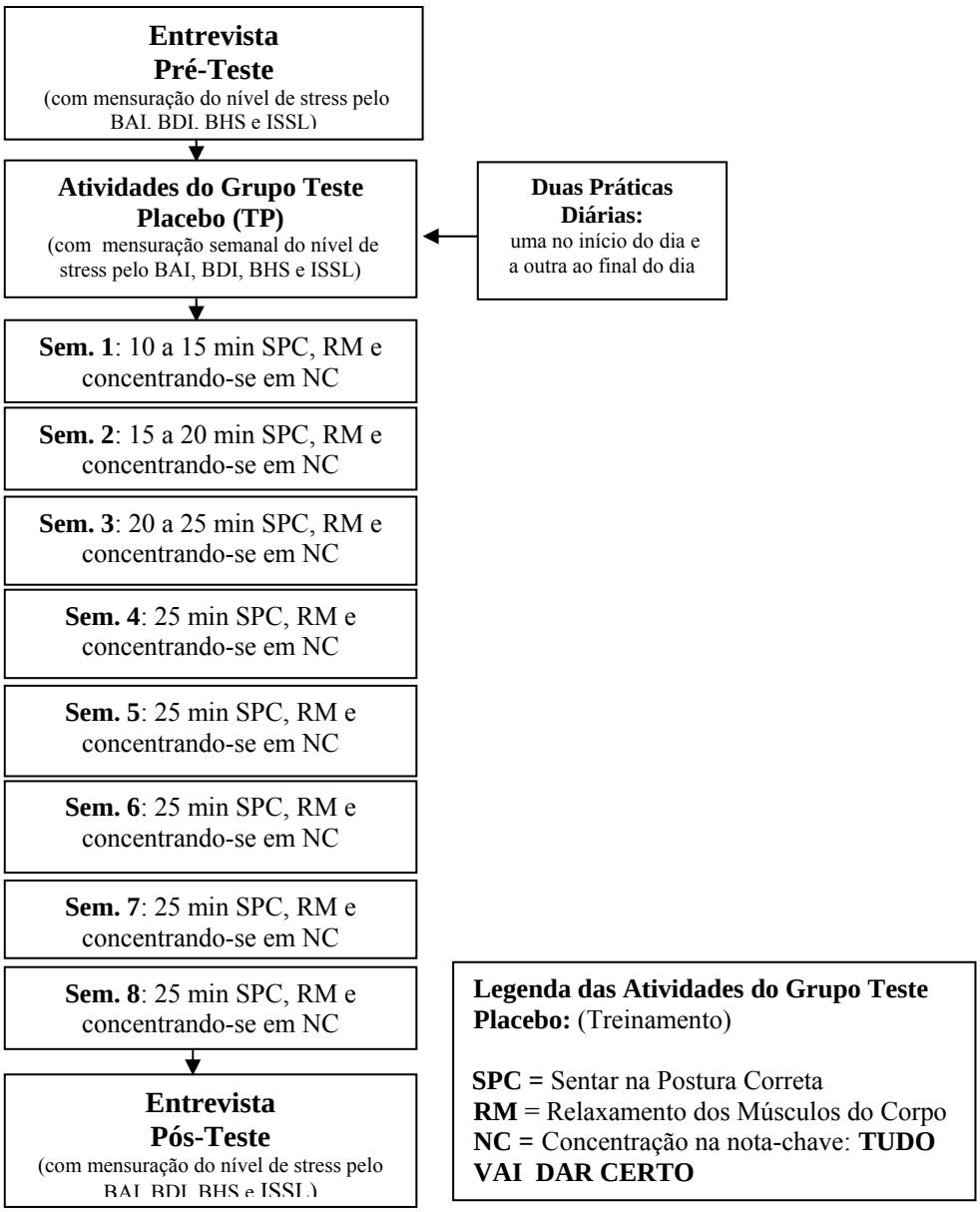


Figura 9 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste Placebo (TP)
Fonte: Elaborado pelo autor

Contudo, o experimento do grupo educativo (TE) procedeu de modo diferente por utilizar as sessões semanaiscom a pesquisadora, para mensuração dos níveis de *stress* e para apresentação e debate sobre o *stress* e seus efeitos psico-fisiológicos sem intercalar quaisquer práticas diárias individuais, obrigatórias aos voluntários, figura 10.

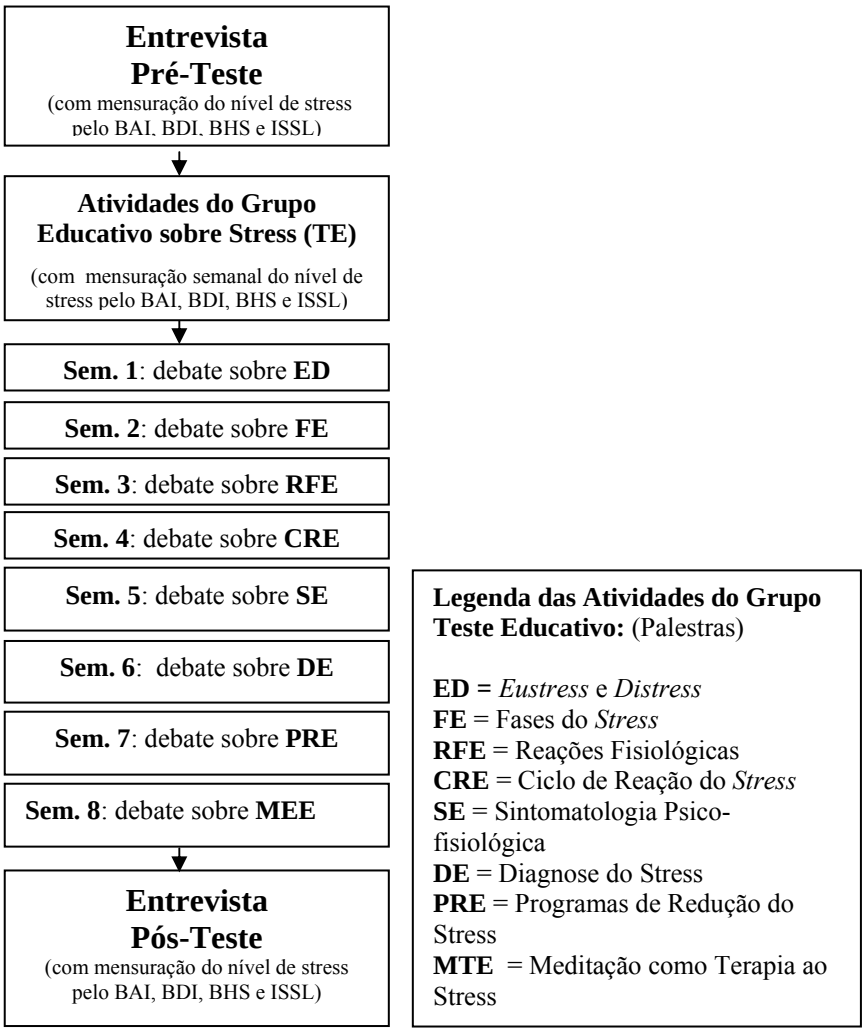


Figura 10 - Procedimentos do Treinamento do Grupo Teste Educativo (TE)
Fonte: Elaborado pelo autor

5.2.3 Material de Apoio aos Grupos Teste

Em relação aos materiais de apoio as práticas diários de meditação obrigatórias aos voluntários dos grupos teste em meditação (TM), fora disponibilizado um Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* (anexo G) juntamente a um Roteiro de Prática Diária de Meditação *Vipassana* (anexo H).

De modo similar procedeu-se com o grupo teste placebo (TP), tendo sido disponibilizado semanalmente a cada integrante um Semanário de Práticas Diárias de Meditação (anexo I) e um Roteiro de Prática Diária de Meditação (anexo J).

Os Semanários de Práticas Diárias de Meditação, tanto para o grupo teste meditação (TM) quanto para o placebo (TP), serviam para a anotação do bem-estar subjetivo dos voluntários, que era expresso pelas anotações do seu estado geral antes e depois da prática diária individual de meditação, assim como também coletava os relatos de dificuldades na realização dos procedimentos de meditação treinados no encontro semanal com a pesquisadora e dos eventos estressantes vivenciados durante aquela semana.

Já os Roteiros de Prática Diária de Meditação foram disponibilizados para orientarem cada um dos voluntários em suas duas práticas individuais diárias de meditação a serem, obrigatoriamente realizadas, antes e após as atividades do dia. Estes roteiros deveriam ser lidos antes do início da prática meditativa.

Em relação aos materiais disponibilizados semanalmente ao grupo teste educativo (TE), foram entregues, apenas, conjuntos de impressos sobre os temas abordados em cada reunião semanal sobre o *stress* e seus efeitos psico-fisiológicos, uma vez que este grupo teste não tinha a obrigação de realizar atividades diárias nos intervalos entre os encontros semanais com a pesquisadora.

5.2.4 Acompanhamento do Experimento

O experimento fora acompanhado através de reuniões semanais com a pesquisadora, as quais se realizavam em dias diferentes para cada grupo teste, sendo mantido o mesmo dia da semana de cada um durante os nove encontros subseqüentes que foram iniciados com a entrevista pré-teste e concluídos com a entrevista pós-teste.

Cada sessão semanal, a exceção das entrevistas pré e pós-teste, seguiu-se um procedimento padrão que se iniciava pela entrega troca de material de apoio a prática individual diária de meditação, no caso dos grupos teste meditação (TM) e placebo (TP) e no caso do grupo teste educativo, pela entrega de um novo conjunto de material sobre o *stress* (TE). Para em seguida, entregar-lhes as quatro escalas para diagnose dos níveis de *stress* – Inventário dos Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck para Ansiedade (BAI), Inventário Beck para Depressão (BDI) e Inventário Beck para Pessimismo (BHS) – que eram imediatamente respondidos pelos voluntários e recolhidos pela pesquisadora. Logo após, procedia-se com os treinamentos, no caso dos grupos teste meditação (TM) e placebo (TP) e, as palestras e debates com o grupo educativos (TE).

Quando um voluntário sentia a necessidade de expor a pesquisadora, quaisquer aspectos vivenciados durante as práticas diárias individuais de meditação que realizara ao longo da semana, este era atendido individualmente pela pesquisadora após o término da reunião semanal em grupo.

Ao concluir a reunião de início da oitava semana do programa de intervenção para redução do *stress*, a pesquisadora procedeu a codificação e ao tratamento dos dados relativos as mensurações dos níveis de *stress* dos voluntários para poder lhes entregar, na entrevista pós-teste, os escores dos níveis de *stress* mensurados durante o experimento, procedendo aos esclarecimentos necessários.

Após o término da oitava semana do programa de redução do *stress*, o experimento científico fora encerrado com a entrevista individual de pós-teste, para os voluntários dos três grupos testes.

Nesta entrevista procedeu-se, primeiramente, a coleta do Semanário de Práticas Diárias de Meditação, no caso dos grupos teste meditação (TM) e placebo (TP), seguido da última mensuração dos níveis de *stress* por meio das escalas de auto-avaliação: Inventário dos Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck para Ansiedade (BAI), Inventário Beck para Depressão (BDI) e Inventário Beck para Pessimismo (BHS). Para então, proceder à aplicação do questionário Avaliação Individual sobre o Experimento (anexo K), seguida de um espaço para expressão do voluntário a respeito de suas vivências durante a experimentação. Logo após disponibilizou-se os resultados das mensurações semanais dos níveis de *stress* do voluntário juntamente com o esclarecimento necessários. Para o grupo teste meditação (TM) entregou-se um conjunto dos oito Roteiros de Práticas Diárias em Meditação *Vipassana* para que pudessem continuar servindo como guia aos voluntários na prática contínua do mesmo modo que se apresentou as possíveis dificuldades a continuação da prática diária com as orientações adequadas para superação destas barreiras.

5.3 Resultados do Experimento

5.3.1 Tratamento Estatístico dos Dados

Assim que se encerraram as intervenções nos grupos testes, deu-se prosseguimento ao tratamento estatístico dos dados coletados através de recursos de estatística descritiva.

As escalas de auto-avaliação dos níveis de *stress*, o questionários de avaliação individual do experimento, os semanários de práticas diárias de meditação tanto quanto as anotações referentes aos atendimentos individuais aos voluntários foram codificados, processados e armazenados, utilizando-se como suporte estatístico os *softwares* SPSS *for Windows* versão 12.0 licença *Standard*, 2003 e a planilha eletrônica *Microsoft Excel* versão 7.0, 2002.

Após a consolidação e o tratamento estatístico dos dados, procedeu-se a elaboração da apresentação dos mesmos por meio de tabelas e gráficos apresentados nos capítulos a seguir.

Os resultados são apresentados partindo-se das avaliações dos níveis de *stress* realizadas desde a entrevista pré-teste, durante as sete reuniões semanais até o término do experimento com a entrevista pós-teste.

Neste caso, apresentam-se os resultados das escalas diagnósticas dos níveis de *stress* primeiro, disponibilizando-as por grupo e depois comparando-as entre grupos, para então se discutir os resultados subjetivos avaliados por meio do questionário de avaliação individual do experimento e pelos Semanários das Práticas Diárias de Meditação que também permitiram o levantamento das dificuldades na prática meditativa tanto quanto a expressão subjetiva do bem-estar antes e depois de cada prática diária tanto quanto das experiências vivenciadas durante a meditação.

Tabela 3 - Variação do Número de Voluntários durante o Experimento

Grupo Teste	Meditação (TM)		Placebo (TP)		Educativo (TE)		3 Grupos	
	Iniciaram	Concluíram	Iniciaram	Concluíram	Iniciaram	Concluíram	Concluíram	
							Total	%
Pré-Teste	34	34	37	37	40	40	**111**	**100**
1 Semana	34	30	37	37	35	35	**102**	**91,89**
2 Semana	30	26	37	31	35	29	**86**	**77,47**
3 Semana	26	21	31	24	29	26	**71**	**63,96**
4 Semana	21	21	24	22	26	24	**67**	**60,36**
5 Semana	21	21	22	22	24	22	**65**	**58,55**
6 Semana	21	21	22	22	22	22	**65**	**58,55**
7 Semana	21	21	22	22	21	21	**64**	**57,65**
8 Semana	21	21	22	22	21	21	**64**	**57,65**
Pós-Teste	21	21	22	22	21	21	**64**	**57,65**

Fonte: Elaborado pelo autor

Depreende-se da tabela 3 acima, que se envolveram em toda a experimentação e portanto integraram os resultados deste estudo, 21 voluntários no grupo teste meditação (TM), 22 no grupo teste placebo (TP) e 21 no grupo teste educativo (TE), representando respectivamente, 61,8%, 59,5 % e 52,5% do total da amostra inicial.

5.3.2 Resultados do Grupo Teste Meditação (TM)

Iniciaram o grupo teste meditação (TM) 34 voluntários e destes, 21 participaram de todo o experimento, o que perfaz 61,8 % do total da amostra inicial.

Tabela 4 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste

Pré-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	7	33,3	10	47,6	1	4,8	3	14,3	21	100
	Mínimo	**%**	**Leve**	**%**	**Moderado**	**%**	**Grave**	**%**	**Total**	%
BAI	8	38,1	6	28,6	6	28,6	1	4,8	21	100
BDI	8	38,1	6	28,6	7	33,3	0	0,0	21	100
BHS	13	61,9	8	38,1	0	0,0	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 4, que apresenta a avaliação inicial dos níveis de *stress* realizada na entrevista individual pré-teste encontrou-se, segundo o Inventário de Sintoma do *Stress* (ISSL) 33,3% dos voluntários na fase de alerta, ou seja, com *eutress*, o que caracteriza adaptação do indivíduo aos estímulos tensores provavelmente impulsionando-os ao desenvolvimento de aprendizagem com possibilidade de aplicação do seu potencial criativo. Em contraparte, foi identificado 47,6% dos integrantes em fase de resistência ao estressor característico de uma sobrecarga física, psicológica e mental exigida; enquanto que 4,8% dos entrevistados encontravam-se em quase-exaustão, ou seja, ultrapassando a capacidade da pessoa de suportar sobrecarga física, psicológica e mental imposta pelo evento estressante e por fim 14,3% participantes em fase de exaustão, vivenciando distúrbios somáticos e psicológicos conseqüentes ao extenuante ou recorrente estímulo (s) estressor (s) podendo conduzir o organismo ao colapso, conforme tabela 4.

Ainda nesta tabela, se verifica que 38,1% dos voluntários tinham ansiedade mínima, já em nível leve estavam 28,6%, 28,6% com ansiedade moderada e 4,8 % com um quadro grave. Quanto às características encontradas no pré-teste pelo Inventário Beck para depressão, obteve-se 38,1% da amostra num quadro mínimo, 28,6% leve, 33,3% moderado e não se encontrou alguém com nível grave de depressão.

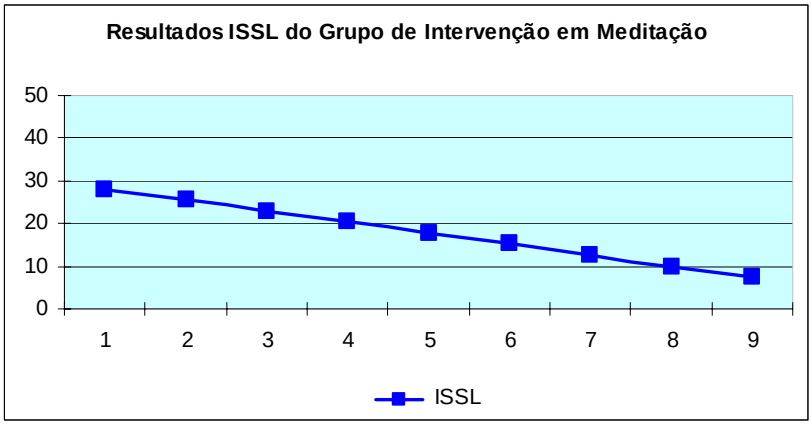
Ainda analisando a tabela 4, vê-se entre os voluntários 61,9% com pessimismo mínimo e 38,1% com leve tendência pessimista por não ter sido encontrado quaisquer indivíduos em níveis moderado e grave.

Nos próximos capítulos são apresentadas as alterações no *stress*, na ansiedade, na depressão e no pessimismo proporcionadas pelos programas de redução do *stress* desenvolvidos nos três grupos testes durante a experimentação.

5.3.2.1 Evolução do *Stress* pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL)

Com a intervenção na forma de programa em oito semanas de Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, a sintomatologia física e psicológica, mensurada pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL), por regressão linear da média aritmética do grupo, declinou de 27,98 pontos na entrevista pré-tese para 7,47 na entrevista pós-teste, apresentando uma redução de 73,30%, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Evolução do *Stress* segundo ISSL



Fonte: Elaborado pelo autor

Este comportamento declinante, de acordo com a tabela 5, torna-se ainda mais característico quando se analisa a variação na quantidade de voluntários por fase do *stress* mensurável pelo ISSL.

Tabela 5 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

ISSL	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
Pré-Teste	7	33,3	10	47,6	1	4,8	3	14,3	21	100
Pós-Teste	15	71,4	6	28,6	0	0,0	0	0,0	21	100

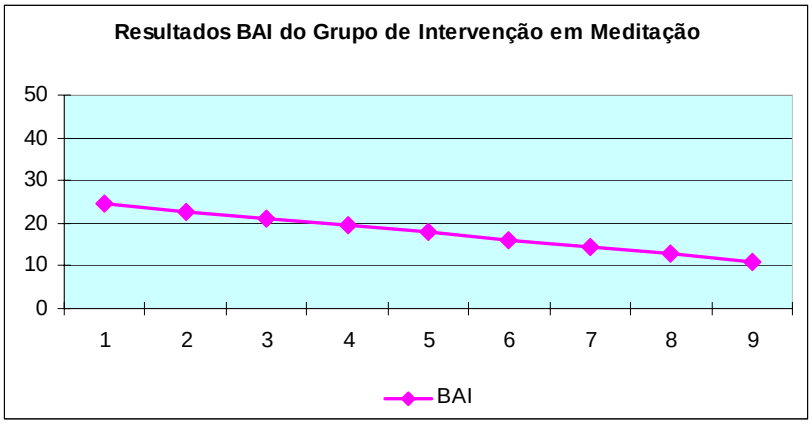
Fonte: Elaborado pelo autor

Pode-se notar, na tabela acima, que os voluntários em fase de exaustão e quase-exaustão puderam reduzir seu *stress* a ponto de passarem para fases de resistência e alerta, ao passo que aqueles em grau resistente podem ter regredido para fase de alerta, assim o número de indivíduo desta fase aumentou mais de 100%, pois de 7 no pré-teste passou para 15 no pós-teste.

5.3.2.2 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Já a variação dos níveis de *stress* mensurados a partir das alterações nos escores de ansiedade avaliados pelo Inventário Beck, obteve-se, por regressão linear da média aritmética do grupo, declíneo de 24,52 pontos para 11,04 da entrevista pré para a pós-teste, mostrando uma redução de 54,98%, de acordo com o gráfico 2.

Gráfico 2 - Evolução do *Stress* segundo BAI



Fonte: Elaborado pelo autor

Visto pela tabela 6, esta inclinação descendente pode denotar que os voluntários em fase de exaustão e quase-exaustão puderam reduzir seus níveis de *stress* a ponto de passarem, possivelmente as fases de resistência e alerta, ao passo que os participantes em fase de resistência podem ter regredido seu *stress* a fase de alerta, aumentando em mais de 100% o contingente desta fase, ou seja, de 7 indivíduos nesta fase no pré-teste passou para 15 no pós-teste.

Tabela 6 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

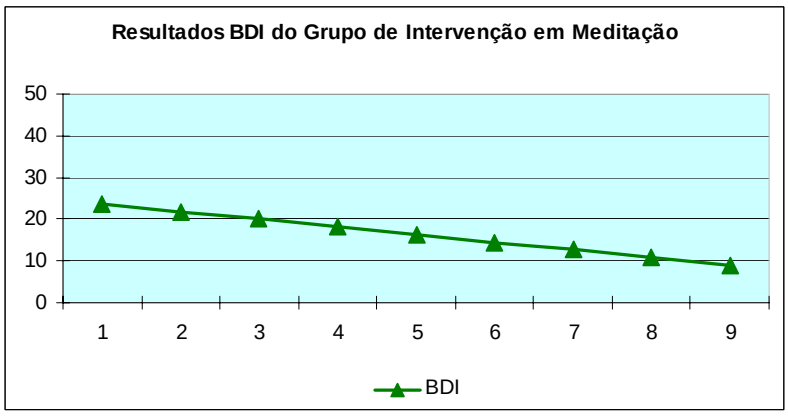
BAI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	8	38,1	6	28,6	6	28,6	1	4,8	21	100
Pós-Teste	17	81	2	9,52	2	9,5	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.2.3 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Depressão (BDI)

Os níveis de depressão mensurados durante o experimento pelo Inventário Beck, mostraram, por regressão linear da média aritmética do grupo, um declíneo de 23,67 pontos da entrevista pré-teste para 9,02 da pós-teste, apresentando uma redução de 61,89%, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3 - Evolução do *Stress* segundo BDI



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta redução é mais detalhada pela tabela 7 abaixo, que mostra entre o intervalo pré e pós-teste grande redução da depressão entre os voluntários a ponto de não apresentar indivíduo com quadro grave e moderado, tendo apenas 2 pessoas com depressão leve em contrapartida a 19 indivíduos com grau mínimo de depressão.

Tabela 7 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

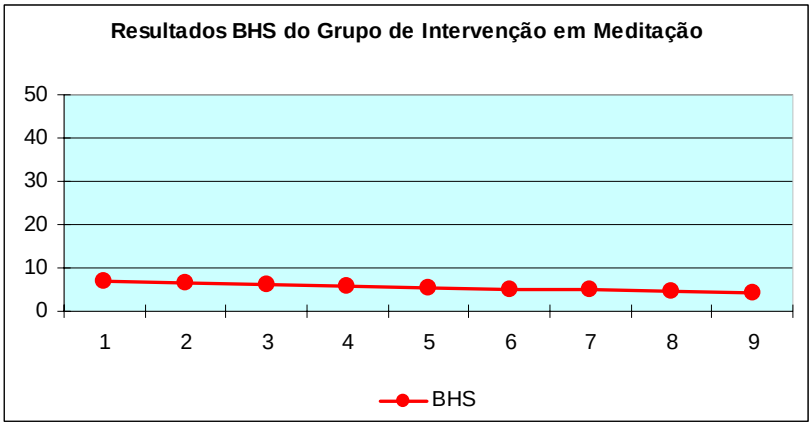
BDI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	8	38,1	6	28,6	7	33,3	0	0,0	21	100
Pós-Teste	19	90,5	2	9,52	0	0,0	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.2.4 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Pessimismo (BHS)

Os aspectos pessimistas avaliados pelo Inventário Beck foram, no gráfico 4, por regressão linear da média aritmética do grupo, decrescentes de 6,9 para 4,14 no intervalo pré e pós-teste, apresentando uma redução de 40%.

Gráfico 4 - Evolução do *Stress* segundo BHS



Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 8, percebe-se uma redução do número de voluntários com nível leve de pessimismo de 8 para apenas 2 que, possivelmente, justifica o declíneo ocorrido durante o experimento e apresentado no gráfico acima.

Tabela 8 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

BHS	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	13	61,9	8	38,1	0	0,0	0	0,0	21	100
Pós-Teste	19	90,5	2	9,52	0	0,0	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Num panorama mais geral mensurado nas entrevistas individuais de pós-teste, apresentado pela tabela 9 abaixo, verifica-se um contingente de voluntários próximo a zero nos estágios mais avançados dos quatro instrumentos de mensuração dos níveis de *stress*, uma vez que o número de voluntários nas gradações mais baixas destes está entre 70% a 90% dos contingente total, seguido de 10% do total de participantes nas segunda gradações do instrumentos, a exceção do ISSL que obtive 28% destes, acompanhados

por nenhum voluntário com *stress* em gradação terciária ou quaternária dos instrumentos, exceto no BAI que obteve 9,5% dos voluntários em gradação terciária.

Tabela 9 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste

Pós-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	15	71,4	6	28,6	0	0,0	0	0,0	21	100
	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
BAI	17	81	2	9,52	2	9,5	0	0,0	21	100
BDI	19	90,5	2	9,52	0	0,0	0	0,0	21	100
BHS	19	90,5	2	9,52	0	0,0	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Para fins de verificação da variação entre os níveis de *stress* avaliados durante o experimento procedeu-se a análise estatística dos resultados mensurados, nas entrevistas pré e pós-teste, por cada um dos quatro instrumentos de avaliação do *stress.*

Quanto à significância estatística dos níveis de *stress* reduzidos pelo programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, mensurados pelo Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 10, são significativos em relação ao Teste T ($p<0,00013$).

Tabela 10 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
ISSL	7,1905	6,9686	21	20	4,7285	0,00012865
Diferença significativa estatisticamente considerando $p<0,05$						

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à significância estatística dos níveis de ansiedade reduzidos durante o programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress* mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Ansiedade, são significativos em relação ao Teste T ($p<0,0023$), tabela 11.

Tabela 11 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BAI	7,3810	9,6772	21	20	3,4952	0,00228025
Diferença significativa estatisticamente considerando $p<0,05$						

Fonte: Elaborado pelo autor

Já relativo à significância estatística da redução dos níveis de depressão durante o programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress* mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Depressão, são muito significativos em relação ao Teste T ($p<0,000075$), tabela 12.

Tabela 12 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BDI	8,3810	7,7361	21	20	4,9645	0,00007456
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

Fonte: Elaborado pelo autor

E a significância estatística da redução do pessimismo produzido pelo programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, mensurados pelo Inventário Beck para Pessimismo nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 13, são significativos em relação ao Teste T (p<0,018).

Tabela 13 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BHS	1,4286	2,5411	21	20	2,5763	0,01802760
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

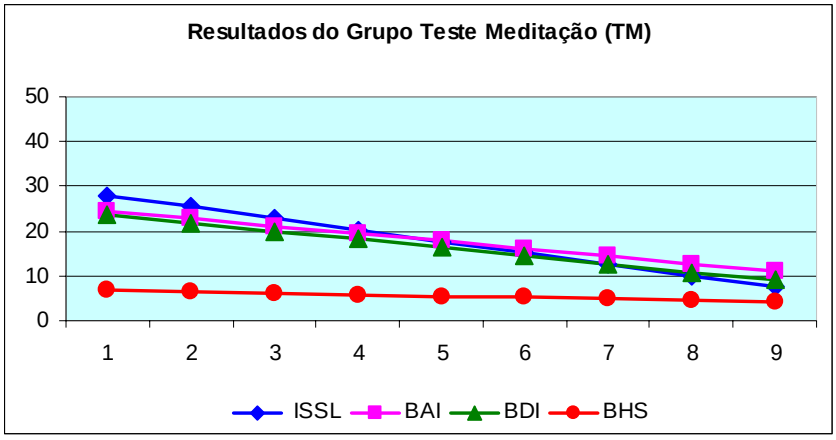
Fonte: Elaborado pelo autor

O programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress* em oito semanas promove redução significativa estatisticamente da sintomatologia física e psicológica do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo, portanto, reduz o nível expressivo do *stress*.

5.3.2.5 Evolução dos Níveis de *Stress* durante o Experimento

Como o programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress,* o reduz de modo significativo estatisticamente, podendo-se então, validar estatisticamente a significância do comportamento decrescente das retas que representam, por regressão linear da média aritmética do grupo, os escores avaliados pelas escalas de avaliação do *stress*: ISSL, BAI, BDI e BHS dos voluntários do grupo teste meditação (TM) mensurados pelo experimento, apresentados no gráfico 5.

Gráfico 5 - Evolução do *Stress* durante o Experimento



Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim, é possível inferir que a redução do *stress* promovida pelo programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress* aplicado aos voluntários do grupo teste

meditação (TM) se traduz em regressão a níveis de desgaste suportáveis, quando em gradações secundárias das escalas, ou a níveis primários, tendo sido transformado de *distress* para *eutress*, ou seja, novos ajustes proporcionados pelo re-equilíbrio orgânico mediante eventos estressores que favorecem o aprendizado e a expressão do potencial criativo, que são confirmados pelos dados subjetivos coletados por meio do Semanário de Práticas Diárias de Meditação, anexo G, e pela Avaliação Individual sobre o Experimento, anexo K, apresentados no capítulo 6.

5.3.3 Resultados do Grupo Teste Placebo

Iniciaram o grupo teste placebo (TP) 37 voluntários e destes, 22 participaram de todo o experimento, o que perfaz 59,5 % do total da amostra inicial.

Tabela 14 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste

Pré-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	7	31,8	8	36,4	6	27,3	1	4,5	22	100
	Mínimo	**%**	**Leve**	**%**	**Moderado**	**%**	**Grave**	**%**	**Total**	%
BAI	9	40,9	7	31,8	4	18,2	2	9,1	22	100
BDI	10	45,5	6	27,3	6	27,3	0	0,0	22	100
BHS	12	54,5	7	31,8	3	13,6	0	0,0	22	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Na avaliação inicial dos níveis de *stress* realizada na entrevista pré-teste individual, segundo tabela 14 acima, o Inventário de Sintoma do *Stress* (ISSL) avaliou 33,3% dos voluntários em fase de alerta, ou seja, com *eutress*, o que caracteriza adaptação do indivíduo aos estímulos tensores provavelmente impulsionando-os ao desenvolvimento da aprendizagem e possibilidade de aplicação do potencial criativo. Em contraparte, foram identificados 47,6% dos integrantes em fase de resistência ao estressor característico de uma sobrecarga física, psicológica e mental exigida; enquanto que 4,8% dos entrevistados encontravam-se em quase-exaustão, ou seja, ultrapassando a capacidade da pessoas de suportar sobrecargas impostas pelo evento e por fim 14,3% participantes em fase de exaustão, vivenciando enfermidades somáticas e psicológicas conseqüentes ao extenuante ou recorrente estímulo (s) estressor (s) podendo conduzir o organismo ao colapso, conforme tabela 14.

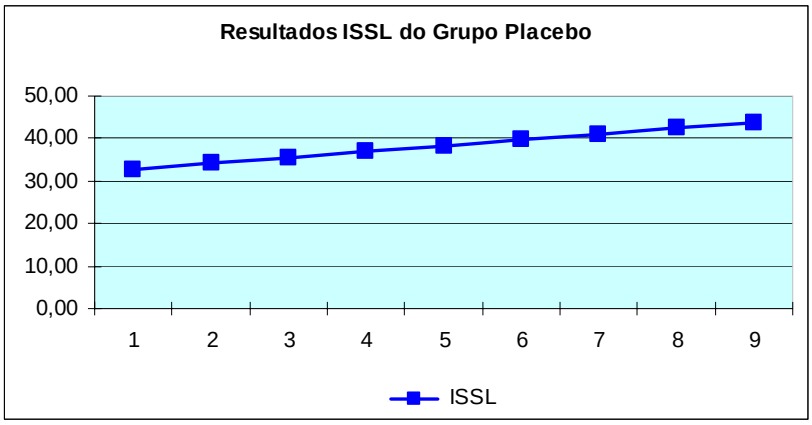
Nesta mesma tabela, também se verifica que 40,9% dos voluntários tinham ansiedade mínima, 31,8%com nível leve, já em ansiedade moderada estavam 18,2% e 9,1 % com um quadro grave. Quanto às características encontradas no pré-teste pelo Inventário Beck para depressão, obteve-se 45,5% da amostra num quadro mínimo, 27,3% com depressão leve, 27,3% com quadro moderado, não tendo sido encontrado indivíduo num quadro grave de depressão.

Ainda analisando a tabela 14, vê-se entre os voluntários 54,5% com pessimismo mínimo, 31,8% com leve tendência pessimista ao passo que 13,8% encontrava-se com pessimismo moderado e nenhuma pessoa foi avaliada com pessimismo grave.

5.3.3.1 Evolução do *Stress* pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL)

Com a intervenção na forma de programa placebo de Meditação de Concentração em Nota-Chave, desenvolvido em oito semanas, para redução do *stress*, a sintomatologia física e psicológica mensurada pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL), por regressão linear da média aritmética do grupo, aumentou de 32,75 pontos na entrevista pré-teste para 43,70 pontos na entrevista pós-teste, apresentando um aumento de 33,44%, conforme o gráfico 6.

Gráfico 6 - Evolução do *Stress* segundo ISSL



Fonte: Elaborado pelo autor

Este comportamento crescente, torna-se ainda mais claro quando fora analisada a variação na quantidade de voluntários por fase do *stress* mensurável pelo ISSL.

Tabela 15 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

ISSL	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
Pré-Teste	7	31,8	8	36,4	6	27,3	1	4,5	22	100
Pós-Teste	1	4,5	10	45,5	8	36,4	3	13,6	22	100

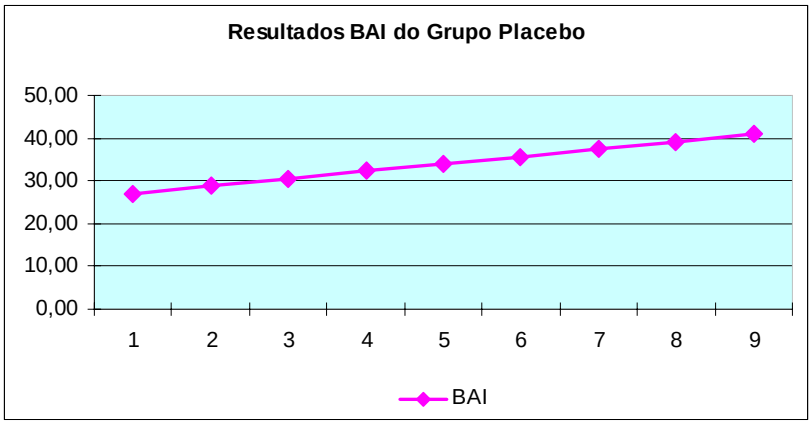
Fonte: Elaborado pelo autor

Pode-se notar, de acordo com a tabela 15, que o número de voluntários em fase de exaustão aumentou em torno de 300%, em quase-exaustão aumentou, aproximadamente, 33,3%, em contra-partida a uma expressiva redução no número de voluntários com *stress* em fase de alerta. Esta situação caracteriza um agravamento da sintomatologia física e psicológica do *stress* vivenciado por quase todos os voluntários.

5.3.3.2 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Já a variação dos níveis de *stress* mensurados a partir das alterações nos escores de ansiedade avaliados pelo Inventário Beck, obteve-se, por regressão linear da média aritmética do grupo, aumento de 27,11 pontos para 40,91 no intervalo pré e pós-teste, apresentando um acréscimo de 50,90% como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7 - Evolução do *Stress* segundo BAI



Fonte: Elaborado pelo autor

Visto na tabela 16, este comportamento crescente pode denotar que os níveis de ansiedade dos voluntários se agravaram, uma vez que houve aumento expressivo, em média 200% a 250%, do número de voluntários nas fase de ansiedade moderada e grave, provavelmente resultante de um salto a partir do nível mínimo, já que a gradação secundária, denominada leve, obteve redução do número de voluntários.

Tabela 16 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

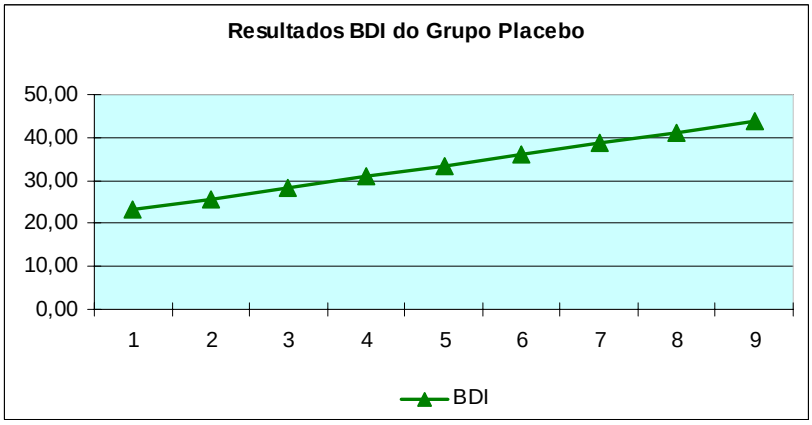
BAI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	9	40,9	7	31,8	4	18,2	2	9,1	22	100
Pós-Teste	4	18,2	5	22,7	8	36,4	5	22,7	22	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.3.3 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Depressão (BDI)

Os níveis de depressão mensurados durante o experimento pelo Inventário Beck, mostraram, por regressão linear da média aritmética do grupo, um expressivo aumento, passando de 23,19 pontos na entrevista pré-teste para 43,79 pontos na pós-teste, apresentando uma elevação de 88,83%como mostra o gráfico 8.

Gráfico 8 - Evolução do *Stress* segundo BDI



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta elevação é melhor compreendida através da tabela 17 abaixo, que mostra entre o intervalo pré e pós-teste um aumento expressivo do número de voluntários nos estágios mais avançados de depressão, ou seja, moderado e grave, que em média acabou representando elevação de 66% e 400%, respectivamente, enquanto que os estágios mais brandos, mínimo e leve, sofreram redução média de 50%.

Tabela 17 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

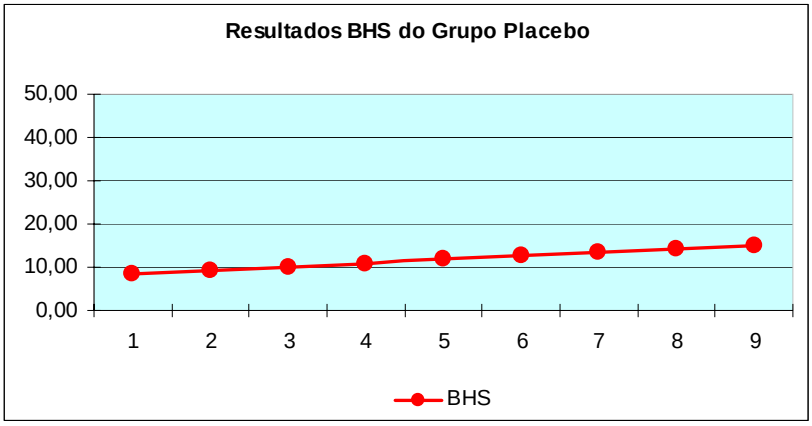
BDI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	10	45,5	6	27,3	6	27,3	0	0,0	22	100
Pós-Teste	5	22,7	3	13,6	10	45,5	4	18,2	22	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.3.4 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Pessimismo (BHS)

Os aspectos pessimistas avaliados pelo Inventário Beck foram, no gráfico 9, por regressão linear da média aritmética do grupo, aumentados em aproximadamente 50%, passando de 8,47 pontos para 15,07 no intervalo pré e pós-teste, apresentando um aumento de 77,92%.

Gráfico 9 - Evolução do *Stress* segundo BHS



Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 18, percebe-se uma grande redução do número de voluntários com nível mínimo de pessimismo em contraparte a um aumento brutal do contingente de voluntários nos estágios moderado e grave.

Tabela 18 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

BHS	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	12	54,5	7	31,8	3	13,6	0	0,0	22	100
Pós-Teste	5	22,7	8	36,4	6	27,3	3	13,6	22	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Num panorama mais geral do pós-teste, apresentado pela tabela 19 abaixo, verifica-se um maior contingente de voluntários nos terceiros estágios na gradação do BAI e BDI, indicando, possivelmente, um drástico agravamento da ansiedade e da depressão, subseqüentemente do *stress*, enquanto que houve um aumento expressivo do

número de voluntários em segunda e terceira gradações do ISSL, indicando aumento considerável embora gradativo e no BHS aumento gradual do pessimismo manifestado num número crescente de participantes até a terceira gradação.

Tabela 19 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste

Pós-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	1	4,5	10	45,5	8	36,4	3	13,6	22	100
	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
BAI	4	18,2	5	22,7	8	36,4	5	22,7	22	100
BDI	5	22,7	3	13,6	10	45,5	4	18,2	22	100
BHS	5	22,7	8	36,4	6	27,3	3	13,6	22	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Para fins de verificação da variação entre os níveis de *stress* avaliados durante o experimento procedeu-se à análise estatística dos resultados mensurados, nas entrevistas pré e pós-teste, por cada um dos quatro instrumentos de avaliação do *stress.*

Quanto à significância estatística dos níveis de *stress* acrescentados pelo programa placebo de meditação de concentração em nota-chave para redução do *stress*, mensurados pelo Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 20, são muito significativos em relação ao Teste T ($p<0,000044$).

Tabela 20 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
ISSL	-5,2727	4,8125	22	21	-5,1390	0,0000432
Diferença significativa estatisticamente considerando $p<0,05$						

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à significância estatística dos níveis de ansiedade aumentados durante o programa placebo de meditação de concentração em nota-chave para redução do *stress* mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Ansiedade, também são muito significativos em relação ao Teste T ($p<0,00009$), tabela 21.

Tabela 21 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BAI	-8	7,76439	22	21	-4,8327	0,000089
Diferença significativa estatisticamente considerando $p<0,05$						

Fonte: Elaborado pelo autor

Já relativo à significância estatística da elevação dos níveis de depressão durante o programa placebo de meditação de concentração em nota-chave para redução do

stress mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Depressão, são muito significativos em relação ao Teste T (p=0,000008), tabela 22.

Tabela 22 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BDI	-10,2273	8,2285	22	21	-5,8298	0,000008
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

Fonte: Elaborado pelo autor

E a significância estatística do aumento do pessimismo produzido pelo programa placebo de meditação de concentração em nota-chave para redução do *stress*, mensurados pelo Inventário Beck para Pessimismo nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 23, também são muito significativos em relação ao Teste T (p<0,000065).

Tabela 23 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BHS	-3,18182	3,00216	22	21	-4,9711	0,000064
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

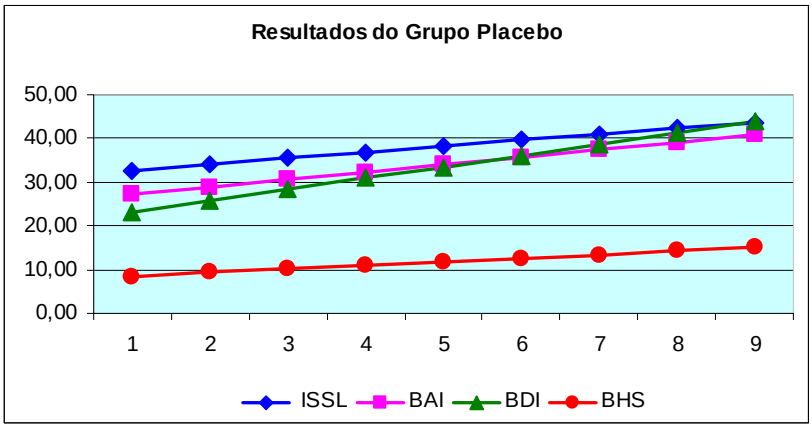
Fonte: Elaborado pelo autor

O programa placebo em concentração na nota-chave não reduz o *stress*, mais sim o agrava, de modo significativo estatisticamente por provavelmente tornar mais agressivo, agudo ou prolongada a sintomatologia física e psicológica do *stress*, a ansiedade, a depressão e o pessimismo.

5.3.3.5 Evolução dos Níveis de *Stress* durante o Experimento

Por não reduzir o *stress*, os resultados obtidos com o programa placebo em concentração na nota-chave, tratados estatisticamente, validam de modo significativo o comportamento crescente das retas que representam, por regressão linear da média aritmética do grupo, os escores de ISSL, BAI, BDI e BHS dos voluntários do grupo teste placebo (TP) mensurados durante o experimento e apresentados no gráfico 10.

Gráfico 10 - Evolução do *Stress* durante o Experimento



Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim, é possível inferir que o agravamento do *stress* promovido pelo programa placebo de Concentração em Nota-Chave para redução do *stress* nos voluntários do grupo teste placebo (TP) se traduz na progressão para níveis de desgaste do organismo insuportáveis, podendo resultar em colapso.

Portanto, não se comprova a hipótese secundária: de promoção da redução do *stress* produzida pelo relaxamento muscular do corpo associado ao desenvolvimento de atividade de concentração mental em elemento de crença, que são confirmados pelos dados subjetivos coletados por meio do Semanário de Práticas Diárias de Meditação, anexo I, e pela Avaliação Individual sobre o Experimento, anexo K, apresentados no capítulo 6.

5.3.4 Resultados do Grupo Educativo sobre *Stress*

Iniciaram o grupo teste educativo sobre *stress* (TE) 40 voluntários e destes, 21 participaram de todo o experimento, o que perfaz 52,5 % do total da amostra inicial.

Tabela 24 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pré-Teste

Pré-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	6	28,6	13	61,9	2	9,5	0	0,0	21	100
	Mínimo	**%**	**Leve**	**%**	**Moderado**	**%**	**Grave**	**%**	**Total**	%
BAI	11	52,4	8	38,1	1	4,8	1	4,8	21	100
BDI	13	61,9	6	28,6	2	9,5	0	0,0	21	100
BHS	15	71,4	5	23,8	1	4,8	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 24, sobre a avaliação inicial dos níveis de *stress* realizada na entrevista individual pré-teste encontrou-se, segundo o Inventário de Sintoma do *Stress* (ISSL) 33,3% dos voluntários em fase de alerta, ou seja, com *eutress*, o que caracteriza adaptação do indivíduo aos estímulos tensores provavelmente impulsionando-os ao desenvolvimento de aprendizagem e possibilidade de aplicação do seu potencial criativo. Em contraparte, identificou-se 47,6% dos integrantes em fase de resistência ao estressor característico de uma sobrecarga física, psicológica e mental exigida; enquanto que 4,8% dos entrevistados encontravam-se em quase-exastão, ou seja, ultrapassando a capacidade da pessoa de suportar a sobrecarga imposta pelo evento estressante e por fim 14,3% participantes em fase de exaustão, vivenciando distúrbios somáticos e psicológicos conseqüentes ao extenuante ou recorrente estímulo (s) estressor (s) podendo conduzir o organismo destes ao colapso.

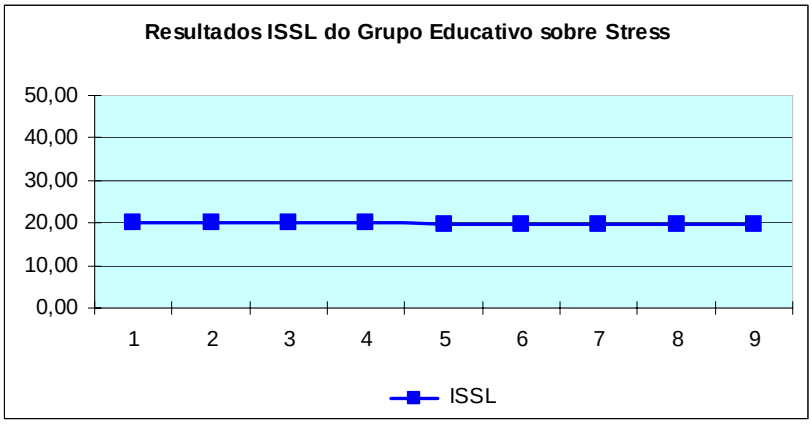
Nesta mesma tabela, também se verifica que 52,4% dos voluntários tinham ansiedade mínima, com nível leve estavam 38,1%, já em ansiedade moderada estavam 4,8% e esta mesma percentagem de indivíduos se encontrava com ansiedade grave. Quanto às características mensuradas no pré-teste pelo Inventário Beck para depressão, obteve-se 61,9% da amostra num quadro mínimo, 28,6% em grau leve, 9,5% com depressão moderada, não tendo sido encontrado indivíduo num quadro grave.

Ainda na tabela 24, vê-se entre os voluntários 71,4% com pessimismo mínimo, 23,8% com leve tendência pessimista ao passo que 4,8% encontravam-se com pessimismo moderado e nenhuma pessoa foi avaliada com pessimismo grave.

5.3.4.1 Evolução do *Stress* pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL)

Com a intervenção na forma de programa educativo sobre o *stress* para redução deste, a sintomatologia física e psicológica, mensurada pelo Inventário de Sintomas do *Stress* (ISSL), por regressão linear da média aritmética do grupo, permaneceu praticamente a mesma sofrendo uma insignificante oscilação entre 20,13 e 19,53 pontos no intervalo pré e pós-teste, apresentando redução de 2,98%, conforme o gráfico 11.

Gráfico 11 - Evolução do *Stress* segundo ISSL



Fonte: Elaborado pelo autor

Este comportamento estável, se confirma com a tabela 25 abaixo, devendo ter ocorrido mínimas variações entre as fases do *stress* durante o experimento.

Tabela 25 - Variação no ISSL dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

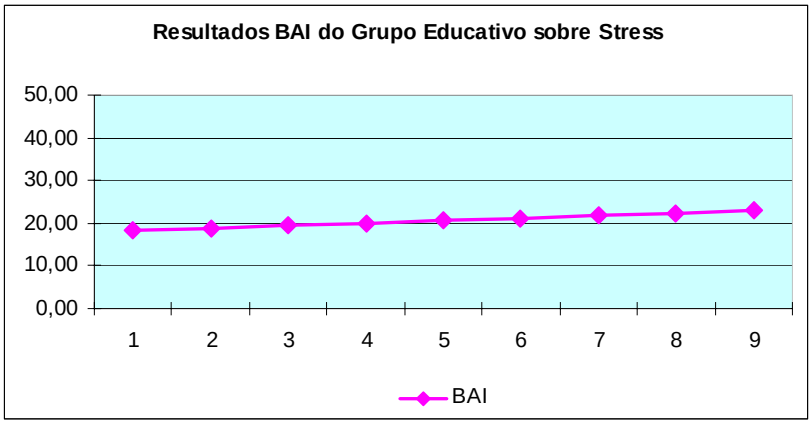
ISSL	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
Pré-Teste	6	28,6	13	61,9	2	9,5	0	0,0	21	100
Pós-Teste	6	28,6	13	61,9	2	9,5	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.4.2 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Já a variação dos níveis de *stress* mensurados a partir das alterações nos escores de ansiedade avaliados pelo Inventário Beck, obteve-se, por regressão linear da média aritmética do grupo, um pequeno acréscimo, passando de 18,32 pontos para 22,99 entre as entrevista pré e pós-teste, apresentando aumento de 25,49%, gráfico 12.

Gráfico 12 - Evolução do *Stress* segundo BAI



Fonte: Elaborado pelo autor

Visto pela tabela 26, este pequeno acréscimo se justifica por uma redistribuição dos voluntários entre os estágios mais brandos da ansiedade, em contraparte a um aumento mais agressivo da ansiedade em 2 voluntários que, provavelmente, passaram do estágio mínimo para o moderado.

Tabela 26 - Variação no BAI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

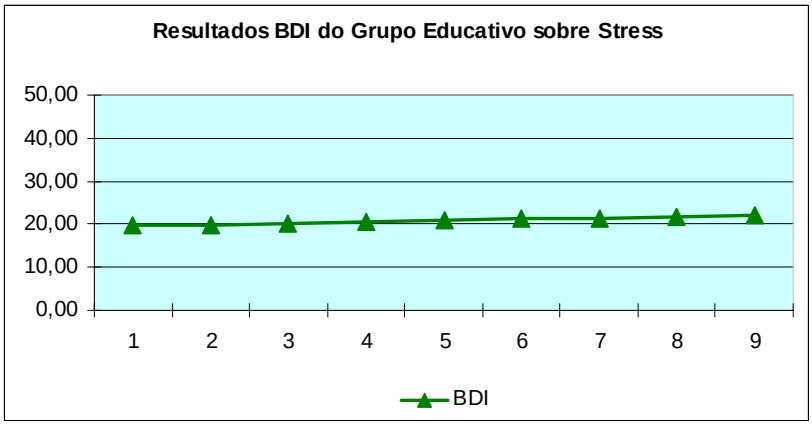
BAI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	11	52,4	8	38,1	1	4,8	1	4,8	21	100
Pós-Teste	15	71,4	2	9,52	3	14,3	1	4,8	20	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.4.3 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Depressão (BDI)

Os níveis de depressão mensurados durante o experimento pelo Inventário Beck, mostraram, por regressão linear da média aritmética do grupo, um aumento inexpressivo entre 19,62 pontos na entrevista pré-teste para 22,05 na pós-teste, apresentando aumento de 12,39%, como mostra o gráfico 13.

Gráfico 13 - Evolução do *Stress* segundo BDI



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta mínima elevação é melhor explicitada na tabela 27 abaixo, que mostra um ajuste de um voluntário, muito provavelmente, entre as fases mínimo e moderado.

Tabela 27 - Variação no BDI dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

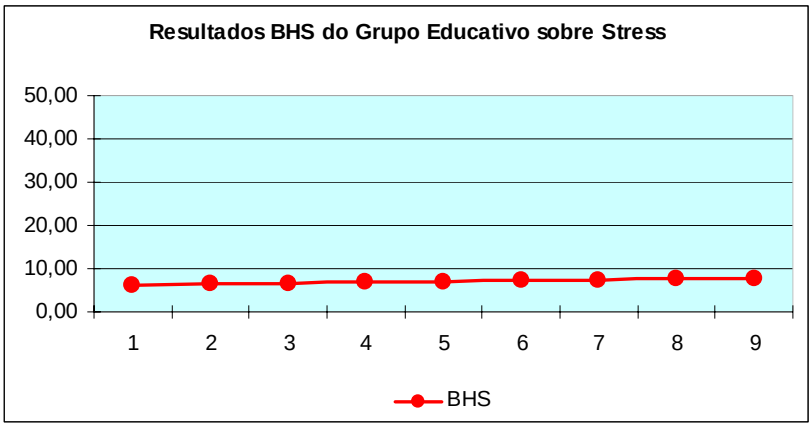
BDI	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	13	61,9	6	28,6	2	9,5	0	0,0	21	100
Pós-Teste	12	57,1	6	28,6	3	14,3	0	0,0	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

5.3.4.4 Evolução do *Stress* pelo Inventário Beck para Pessimismo (BHS)

Os aspectos pessimistas avaliados pelo Inventário Beck foram, no gráfico 14, por regressão linear da média aritmética do grupo, mantidos, praticamente, estáveis por variarem minimamente entre 6,17 pontos e 7,83 no intervalo pré e pós-teste, apresentando aumento de 26,90%.

Gráfico 14 - Evolução do *Stress* segundo BHS



Fonte: Elaborado pelo autor

Na tabela 28, percebe-se melhor esta estabilidade, por verificar que o número de voluntários por gradação do pessimismo ocasionada sofre pequenas alterações transcorridas durante o experimento.

Tabela 28 - Variação no BHS dos Voluntários entre as entrevistas Pré e Pós-Teste

BHS	Mínimo	%	Leve	%	Moderado	%	Grave	%	Total	%
Pré-Teste	15	71,4	5	23,8	1	4,8	0	0,0	21	100
Pós-Teste	13	61,9	7	33,3	0	0,0	1	4,8	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Num panorama mais geral do pós-teste, apresentado pela tabela 29 abaixo, verifica-se a maior concentração de voluntários na etapa mínima no caso do BAI, enquanto que no ISSL concentra-se na fase de resistência e, no BDI e no BHS tem contingentes significativos, primeiramente associados ao estágio mínimo, seguido pelo estágio leve. É muito perceptível o contingente mínimo de participantes nos estágios mais críticos, grave ou exaustão, quando não estes estão zerados nas quatro escalas. Ao passo que suas fases antecessores, moderada e de quase-exaustão, obtiveram dois ou três indivíduos.

Tabela 29 - Níveis de *Stress* dos Voluntários na entrevista Pós-Teste

Pós-Teste	Alerta	%	Resistência	%	Quase-Exaustão	%	Exaustão	%	Total	%
ISSL	6	28,6	13	61,9	2	9,5	0	0,0	21	100
	Mínimo	**%**	**Leve**	**%**	**Moderado**	**%**	**Grave**	**%**	**Total**	%
BAI	14	66,7	2	9,52	3	14,3	1	4,8	20	95
BDI	12	57,1	6	28,6	3	14,3	0	0,0	21	100
BHS	13	61,9	7	33,3	0	0,0	1	0,0	21	95

Fonte: Elaborado pelo autor

Para fins de verificação da variação entre os níveis de *stress* avaliados durante o experimento procedeu-se à análise estatística dos resultados mensurados, nas entrevistas pré e pós-teste, por cada um dos quatro instrumentos de avaliação do *stress*.

Quanto à significância estatística das alterações mensuradas pelo Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) promovidas pelo programa educativo sobre o *stress*, nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 30, não são significativas em relação ao Teste T (p=0,87).

Tabela 30 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
ISSL	0,1429	4,2695	21	20	0,1533	0,879672
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à significância estatística dos níveis de ansiedade alterados durante o programa educativo sobre *stress* para redução do mesmo, mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Ansiedade, também não são significativos em relação ao Teste T (p=0,83), tabela 31.

Tabela 31 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BAI	-0,2381	5,0290	21	20	-0,2170	0,830437
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

Fonte: Elaborado pelo autor

Já relativo à significância estatística das modificações dos níveis de depressão durante o programa educativo sobre *stress* para redução deste, mensurados pelos escores pré e pós-teste com o Inventário Beck para Depressão, não são significativos em relação ao Teste T (p=0,23), tabela 32.

Tabela 32 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BDI	-1	3,7683	21	20	-1,2161	0,238110
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

Fonte: Elaborado pelo autor

E a significância estatística das variações do pessimismo produzido pelo programa educativo sobre *stress* para redução do mesmo, mensurados pelo Inventário Beck para Pessimismo nas entrevistas pré e pós-teste, segundo a tabela 33, não são significativas em relação ao Teste T (p=0,38).

Tabela 33 - Teste T dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS

	Mean	Std. Dev.	N	df	t	p
BHS	-0,3810	1,9615	21	20	-0,8900	0,384053
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05						

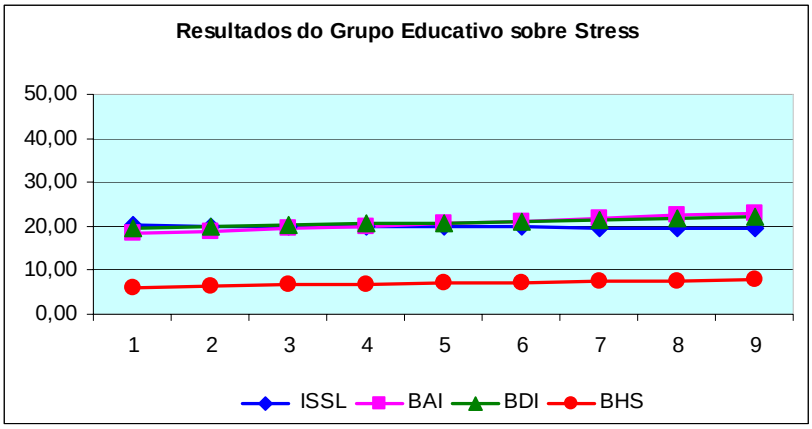
Fonte: Elaborado pelo autor

O programa educativo sobre o *stress* promove alteração não significativas estatisticamente por, provavelmente, serem estar variações tão pequenas que não produzem impactos nos quadros gerais de sintomatologia psico-fisiológica do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo, não sendo agressivas aos indivíduos.

5.3.4.5 Evolução dos Níveis de *Stress* durante o Experimento

Por não alterar o *stress* de modo significativo estatisticamente, os resultados obtidos com o programa educativo sobre o *stress* para redução do mesmo, valida o comportamento estável das retas, que representam, por regressão linear da média aritmética do grupo, os escores de ISSL, BAI, BDI e BHS dos voluntários do grupo teste educativo (TE) mensurados durante o experimento e apresentados no gráfico 15.

Gráfico 15 - Evolução do *Stress* durante o Experimento



Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim, é possível inferir que o programa educativo sobre o *stress* para redução deste, não proporciona quaisquer reduções neste conforme dados coletados no grupo teste educativo (TE) que não se alteraram de modo significativo estatisticamente.

Portanto, não é possível afirmar qualquer relação entre redução do *stress* e o programa educativo sobre *stress* aplicado nos voluntários do grupo teste educativo (TE), não sendo, então, comprovada a hipótese secundária desta pesquisa de redução do *stress* produzida por processos de aprendizagem.

5.4 Discussão dos Resultados

5.4.1 Comparativos dos Resultados dos Três Grupos Testes

Para verificar a redução do *stress* promovida, única e exclusivamente pela meditação, hipótese principal testada pelo grupo meditação (TM), descartando-se quaisquer possíveis alterações no *stress* produzidas por processos de aprendizagem, hipótese secundária testada pelo grupo teste educativo (TE), e reduções no *stress* provocadas pela presença de um elemento de crença associado ao relaxamento muscular do corpo, hipótese secundária testada pelo grupo teste placebo (TP), foram, primeiramente, comparados os resultados obtidos pelo grupo teste meditação (TM) aos mensurados no grupo placebo (TP) e para em seguida, serem comparados as alterações identificadas no grupo educativo (TE).

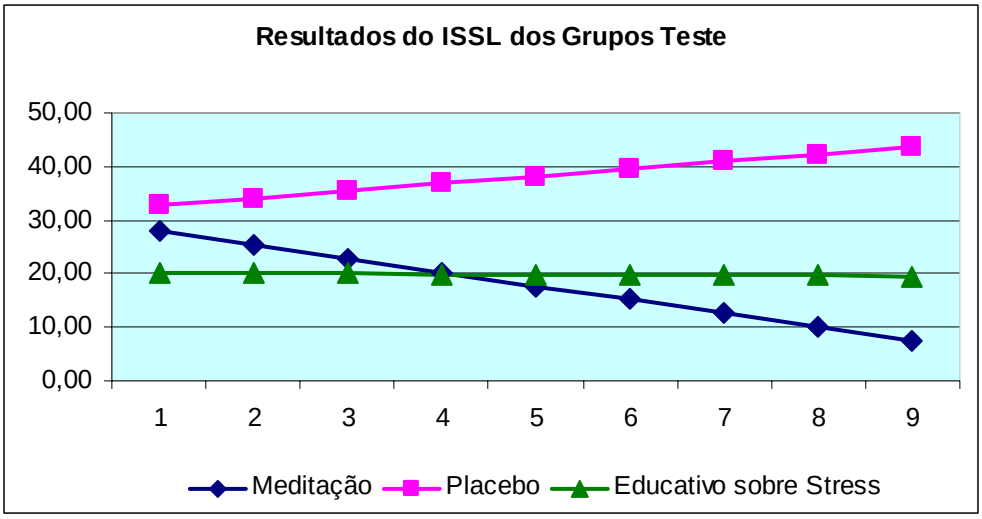
Sendo assim, os dados coletados no grupo TM receberam, em primeiro lugar, um tratamento estatístico comparativo aos resultados avaliados dos grupos placebo (TP), e, em segundo lugar, aos do educativo (TE), permitindo, assim, que fossem descartadas as alterações nos níveis de *stress* promovidas por estes últimos, verificando-se assim, os resultados promovidos única e exclusivamente pela técnica de Meditação *Vipassana*.

Numa apresentação geral dos resultados referentes aos níveis de *stress* obtidos no experimento com os três grupos testes apresenta-se a seguir um comparativo do comportamento, por regressão linear da média aritmética dos voluntários de cada grupo, mensurados pelas quatro escalas de avaliação do *stress* adotadas nesta pesquisa: o Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp, (ISSL) e o Inventário Beck para Ansiedade (BAI), para Depressão (BDI) e para Pessimismo (BHS).

5.4.1.1 Resultados ISSL entre os Grupos Teste

Quanto à sintomatologia do *stress* avaliado experimentalmente os três grupos testes apresentaram comportamentos distintos, sendo o do grupo meditação (TM) um comportamento de redução do *stress*, portanto, decrescente, o do grupo placebo (TP) um comportamento de aumento do *stress*, assim, crescente, e o do grupo educativo (TE) um comportamento estável do *stress,* apresentado no gráfico 16.

Gráfico 16 - Comparativo dos Resultados ISSL entre os Grupos Teste

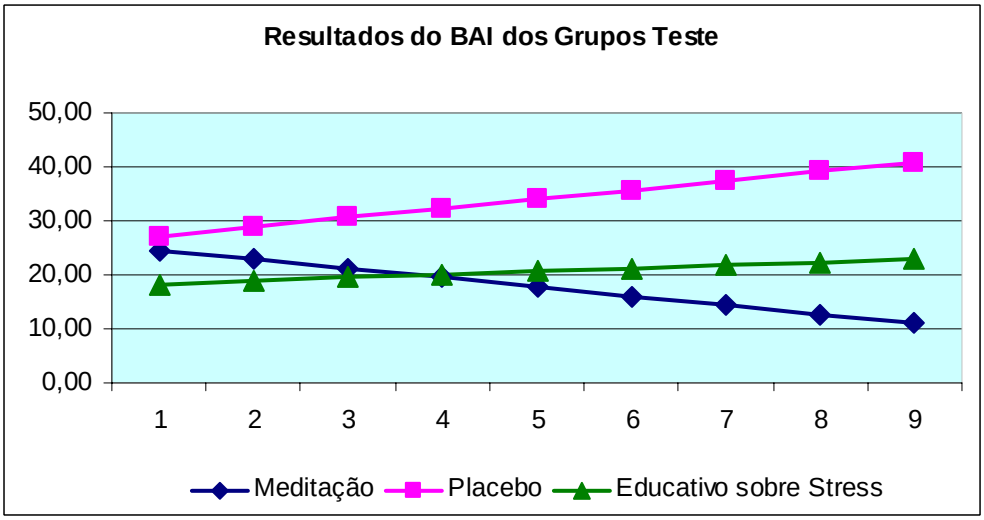


Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.1.2 Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre os Grupos Teste

Em relação ao comportamento da ansiedade avaliado experimentalmente os três grupos teste apresentaram comportamentos distintos, apresentando o grupo meditação (TM) um comportamento de redução da ansiedade, decrescente, enquanto que os comportamentos dos resultados dos grupos placebo (TP) e educativo (TE) apresentaram uma elevação da ansiedade, sendo o acréscimo promovido no grupo TP maior do que o aumento produzido no grupo TE, apresentado no gráfico 17.

Gráfico 17 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre os Grupos Teste



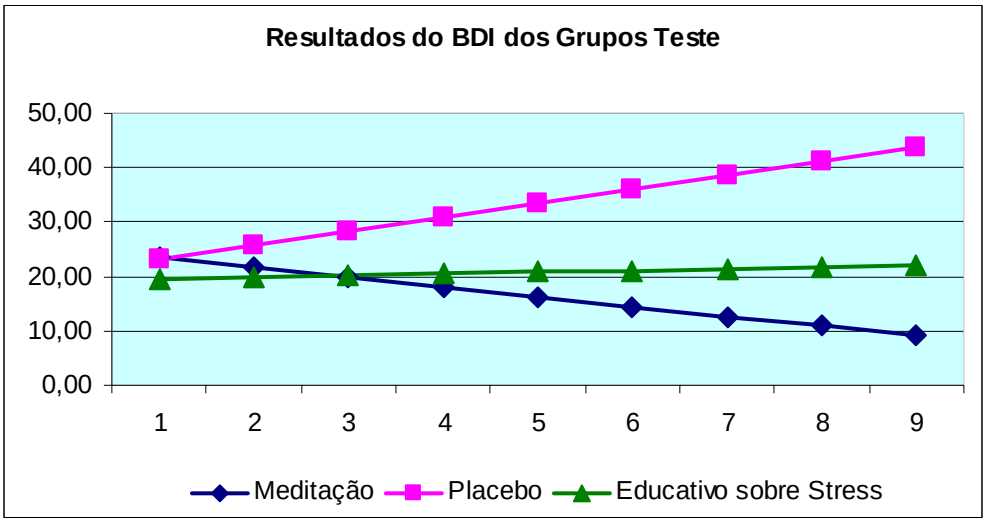
Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.1.3 Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre os Grupos Teste

Quanto ao comportamento da depressão avaliado experimentalmente, os três grupos teste apresentaram comportamentos distintos, apresentando o grupo meditação (TM) um comportamento de redução do quadro depressivo, decrescente, enquanto que os grupos placebo (TP) e educativo (TE) apresentaram um comportamento de elevação da depressão, sendo o aumento promovido no grupo TP muito maior do que o acrescido

produzido no grupo TE, que apesar de crescente manteve-se bem próximo a linha mediana de 20 pontos, apresentado no gráfico 18.

Gráfico 18 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre os Grupos Teste

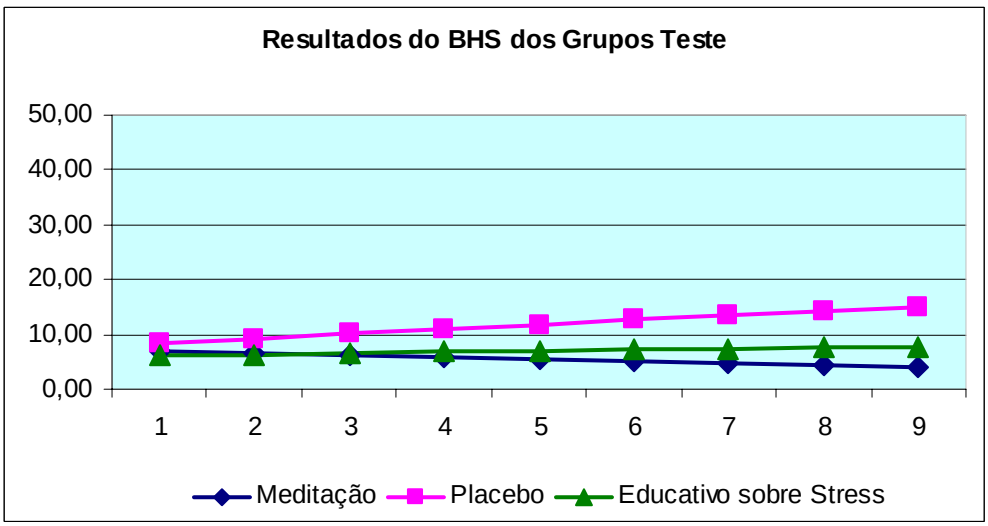


Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.1.4 Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre os Grupos Teste

E relativo ao comportamento do pessimismo avaliado experimentalmente, os três grupos teste apresentaram comportamentos distintos, apresentando o grupo meditação (TM) um comportamento de redução do pesssimismo, portanto, descrescente, o grupo placebo (TP) um comportamento de elevação do pessimismo, sendo assim, crescente, e o grupo educativo (TE) um comportamento de estabilidade dos níveis de pessimismo, apresentado no gráfico 19.

Gráfico 19 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre Grupos Teste



Fonte: Elaborado pelo autor

Para proceder a uma análise comparativa mais detalhada dos resultados gerais promovidos pelos programas de redução do *stress* aplicados nos grupos testes meditação, placebo e educativo, primeiramente foi realizado o estudo comparativo dos resultados experimentais entre o grupo teste meditação (TM) e o grupo teste placebo

(TP) para depois serem confrontados os resultados do grupo meditação (TM) as alterações promovidas no grupo teste educativo (TE).

5.4.2 Comparativos dos Resultados: Grupos Meditação (TM) e Placebo (TP)

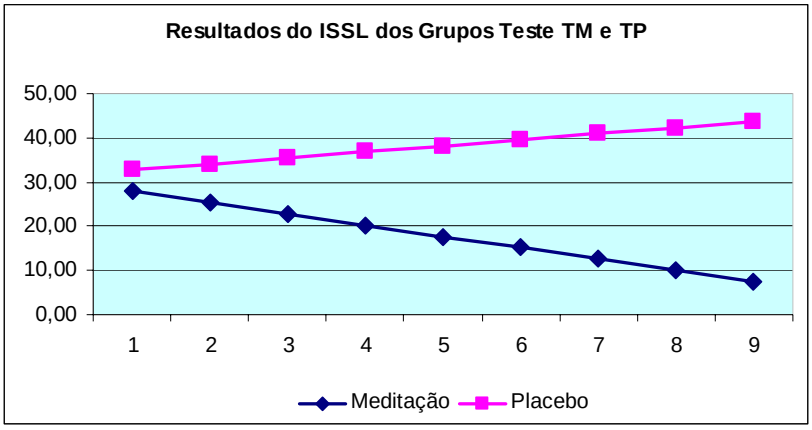
Os estudos comparativos dos resultados experimentais dos grupos meditação (TM) e placebo (TP) tem o papel de testar a hipótese secundária sobre uma possível redução do *stress* provocada pela existência de um elemento de crença, implícita na meditação, e/ou pela prática de relaxamento muscular do corpo, já que tanto o Roteiro para a Prática Diária de Meditação do grupo teste placebo (TP) quanto o do grupo meditação (TM) possuem o mesmo procedimento para permanecer sentado na posição correta e para relaxamento, diferindo pela execução de um processo de concentração mental em nota-chave com elemento de crença: "Tudo vai dar certo", no grupo placebo (TP) em contraparte a um procedimento para permitir a observação momento-a-momento do fluxo e conteúdo dos processos mentais no grupo meditação (TM).

Para tanto, foram tratados comparativamente os resultados obtidos nos dois grupos, TM e TP, avaliados pelas quatro escalas de avaliação do *stress,* o Inventário dos Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário Beck para Ansiedade, para Depressão e para Pessimismo, sendo portanto, a média aritmética dos resultados obtidos em cada grupo comparados estatisticamente por regressão linear e pelo Teste T.

5.4.2.1 Resultados do ISSL entre TM e TP

No caso do comportamento comparado das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos testes, meditação (TM) e placebo (TP), obtidos no experimento, verificaram-se tendências opostas, conforme o gráfico 20, sendo a do grupo TM de redução da sintomatologia do *stress*, portanto descrescente, e a do grupo TP de elevação do *stress*, assim crescente.

Gráfico 20 - Comportamento dos Resultados do ISSL entre TM e TP



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à sintomatologia física e psicológica do *stress*, avaliada pelo Inventário dos Sintomas do *Stress* para adultos de Lipp (ISSL), nos grupos meditação (TM) e placebo (TP), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,0000005), tabela 34.

Tabela 34 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL entre TM e TP

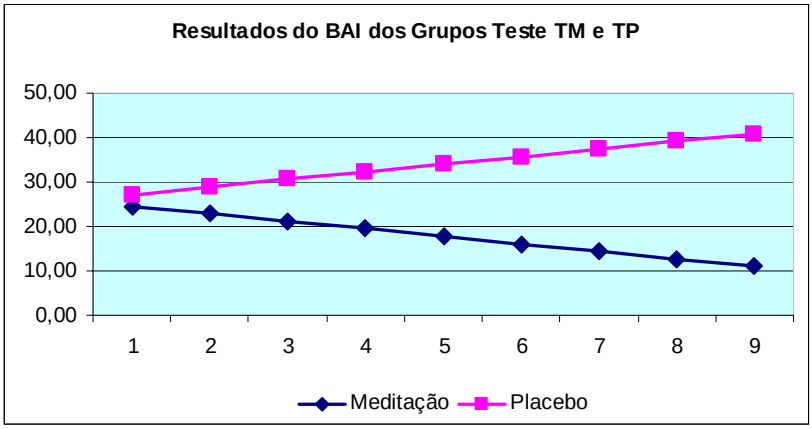
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
ISSL	21	13,86	7,78	22	16,41	9,56511	21	6,667	5,47114	22	21,68	10,2371	-5,96	41	0,0000005
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.2.2 Resultados do BAI entre TM e TP

O comportamento comparado das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos teste meditação (TM) e placebo (TP), obtidos no experimento, apresentou tendências opostas, conforme o gráfico 21, sendo a do grupo TM de redução da ansiedade, portanto, decrescente, enquanto a do grupo TP de elevação desta, assim, crescente.

Gráfico 21 - Comportamento dos Resultados do BAI entre TM e TP



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à ansiedade, avaliada pelo Inventário Beck para Ansiedade, nos grupos meditação (TM) e placebo (TP), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p<0,000016), conforme a tabela 35.

Tabela 35 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre TM e TP

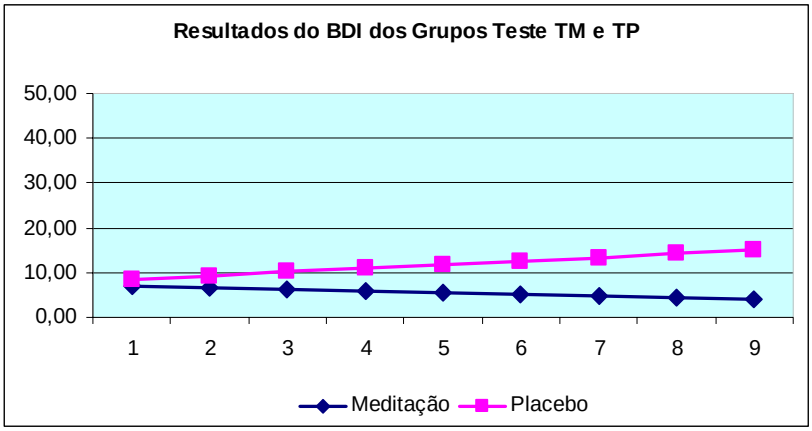
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BAI	21	14,05	8,82	22	14,32	9,10	21	6,67	7,65	22	22,32	12,62	-4,8919	41	0,0000159
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.2.3 Resultados do BDI entre TM e TP

Comparando-se o comportamento das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos testes, meditação (TM) e placebo (TP), obtidos no experimento, verificaram-se tendências opostas, conforme o gráfico 22, sendo a do grupo TM de redução da depressão, assim decrescente, em contrapartida a de elevação da depressão no grupo TP, portanto crescente.

Gráfico 22 - Comportamento dos Resultados do BDI entre TM e TP



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à depressão, avaliada pelo Inventário Beck, para Depressão nos grupos meditação (TM) e placebo (TP), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,000004), de acordo com a tabela 36.

Tabela 36 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre TM e TP

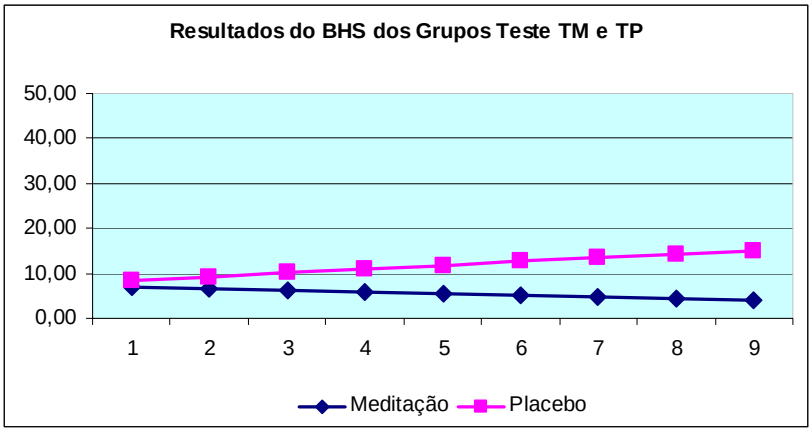
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BDI	21	13,77	8,10	22	13,05	7,77	21	5,38	4,91	22	23,27	12,74	-6,0183	41	0,0000004
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.2.4 Resultados do BHS entre TM e TP

Comparando-se o comportamento das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos testes, meditação (TM) e placebo (TP), obtidos no experimento, verificam-se tendências opostas, conforme o gráfico 23, sendo a do grupo TM de redução do pessimismo, portanto decrescente, ao passo que houve um aumento do pessimismo no grupo TP, assim crescente.

Gráfico 23 - Comportamento dos Resultados do BHS entre TM e TP



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos ao pessimismo, avaliada pelo Inventário Beck para Pessimismo nos grupos meditação (TM) e placebo (TP), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,0000007), de acordo com a tabela 37.

Tabela 37 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre TM e TP

	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BHS	21	3,52	2,34	22	4,82	3,29	21	2,10	1,87	22	8	4,17	-5,9365	41	0,0000007
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

Com base, nas análises entre os resultados obtidos pelo grupo meditação (TM) comparados aos obtidos pelo grupo placebo (TP), pode-se verificar que não se comprova a hipótese secundária de que a redução do *stress* promovida pela Meditação *Vipassana* possa ter sido promovida por processos de relaxamento do corpo e pela concentração dos indivíduos num elemento de crença, implícito, uma vez que a diferença entre os resultados de ambos os grupos apresentou significância estatística.

5.4.3 Comparativos dos Resultados: Grupos Meditação (TM) e Educativo (TE)

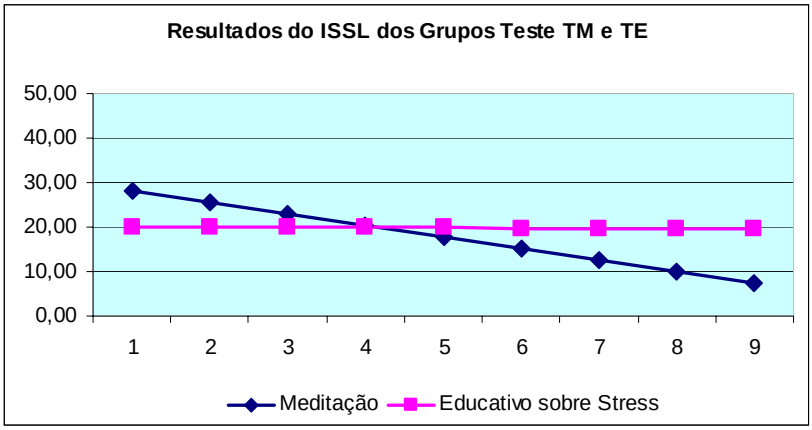
Os estudos comparados dos resultados experimentais dos grupos meditação (TM) e educativo sobre o *stress* (TE) tem o papel de testar a hipótese secundária sobre uma possível redução do *stress* promovida por processos de aprendizagem e não pela experiência contida nas práticas diárias de meditação.

Para tanto, foram tratados comparativamente os resultados obtidos nos dois grupos, TM e TE, avaliados pelas quatro escalas de avaliação do *stress,* o Inventário dos Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário Beck para Ansiedade, para Depressão e para Pessimismo, sendo portanto, a média aritmética dos resultados obtidos em cada grupo comparados estatisticamente por regressão linear e pelo Teste T.

5.4.3.1 Resultados do ISSL entre TM e TE

No caso do comportamento comparado das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos teste meditação (TM) e educativo (TE), obtidos no experimento, verificaram-se tendências distintas, conforme o gráfico 24, sendo a do grupo TM de redução da sintomatologia do *stress*, portanto decrescente, e a do grupo TE de estabilidade dos níveis de *stress*, assim constante.

Gráfico 24 - Comportamento dos Resultados do ISSL entre TM e TE



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à sintomatologia física e psicológica do *stress*, avaliada pelo Inventário dos Sintomas do *Stress* para adultos de Lipp (ISSL), nos grupos meditação (TM) e educativo (TE), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,035), tabela 38.

Tabela 38 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do ISSL entre TM e TE

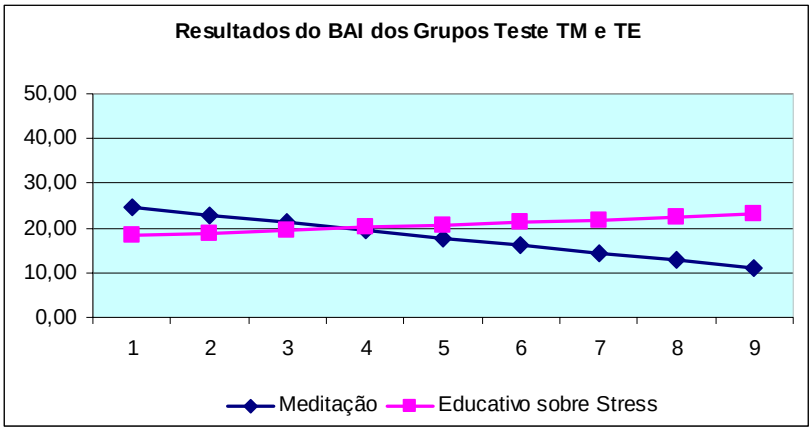
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
ISSL	21	13,86	7,78	21	10,57	5,96	21	6,67	5,47	21	10,43	5,72	-2,1773	40	0,0354171
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.3.2 Resultados do BAI entre TM e TE

O comportamento comparado das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos teste meditação (TM) e educativo (TE), obtidos no experimento, verificaram-se tendências distintas, conforme o gráfico 25, sendo a do grupo TM de redução da ansiedade, assim decrescente, enquanto a do grupo TE de uma pequena elevação da ansiedade, portanto, muito pouco crescente.

Gráfico 25 - Comportamento dos Resultados do BAI entre TM e TE



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à ansiedade, avaliada pelo Inventário Beck para Ansiedade, nos grupos meditação (TM) e placebo (TP), não é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,067), apesar de se aproximar do ponto de corte tradicional, conforme a tabela 39.

Tabela 39 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BAI entre TM e TE

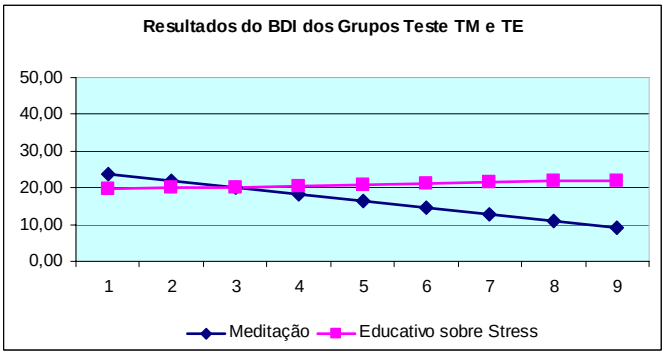
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BAI	21	14,05	8,81	21	11,71	8,58	21	6,67	7,65	21	11,95	10,37	-1,8801	40	0,0673890
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.3.3 Resultados do BDI entre TM e TE

Comparando-se o comportamento das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos teste meditação (TM) e educativo (TE), obtidos no experimento, verificam-se tendências distintas, conforme o gráfico 26, sendo a do grupo TM de redução da depressão, assim decrescente, em contrapartida a de mínima elevação, da depressão no grupo TE, portanto crescente.

Gráfico 26 - Comportamento dos Resultados do BDI entre TM e TE



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos à depressão, avaliada pelo Inventário Beck, para Depressão nos grupos meditação (TM) e placebo (TE), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,046), de acordo com a tabela 40.

Tabela 40 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BDI entre TM e TE

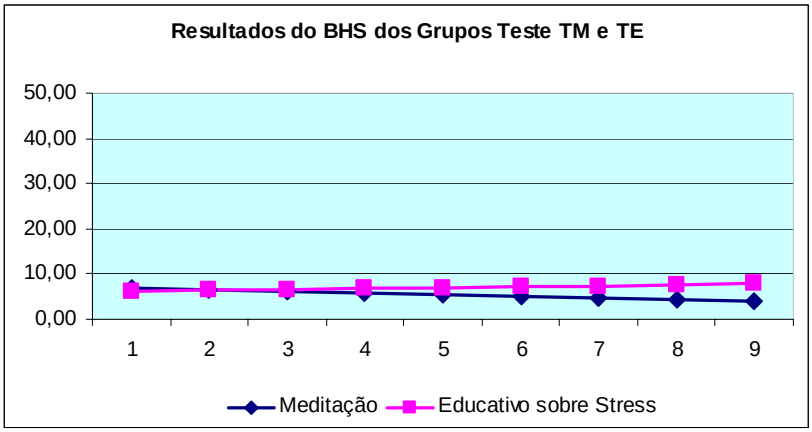
	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BDI	21	13,76	8,09	21	10,62	6,22	21	5,38	4,91	21	11,62	8,18	-2,9951	40	0,0046909
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

5.4.3.4 Resultados do BHS entre TM e TE

Comparando-se o comportamento das curvas de regressão linear das médias aritméticas dos resultados dos grupos testes, meditação (TM) e educativo (TE), obtidos no experimento, verificaram-se tendências distintas, conforme o gráfico 27, sendo a do grupo TM de redução do pessimismo, portanto decrescente, ao passo que houve uma estabilidade do pessimismo no grupo TE, assim constante.

Gráfico 27 - Comportamento dos Resultados do BHS entre TM e TE



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta diferença entre os resultados relativos ao pessimismo, avaliada pelo Inventário Beck para Pessimismo nos grupos meditação (TM) e educativo (TE), é significativa estatisticamente em relação ao Teste T (p=0,0041), de acordo com a tabela 41.

Tabela 41 - Comparativo dos Resultados Pré x Pós-Teste do BHS entre TM e TE

	Pré-Teste						Pós-Teste						T - Test		
	Grupo TM			Grupo TP			Grupo TM			Grupo TP					
	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	N	Mean	Std. Dev.	t	df	p
BHS	21	3,53	2,34	21	3,90	2,90	21	2,09	1,87	21	4,28	2,72	-3,0398	40	0,0041620
Diferença significativa estatisticamente considerando p<0,05															

Fonte: Elaborado pelo autor

Com base, nas análises entre os resultados obtidos pelo grupo meditação (TM) comparados aos obtidos pelo grupo educativo (TE), pode-se verificar que não se comprova a hipótese secundária desta pesquisa de que a redução do *stress* proporcionada pela Meditação *Vipassana* possa ter sido provocada por processos de aprendizagem, uma vez que a diferença entre os resultados de ambos os grupos apresentou significância estatística.

Portanto, a hipótese central desta pesquisa está comprovada, uma vez que o estudo comparativo entre os resultados obtidos pelo grupo meditação (TM) aos dos grupos placebo (TP) e educativo (TE) não comprovaram as hipóteses secundárias, sendo as mesmas descartadas, além dos resultados obtidos pelo Grupo TM apresentarem objetiva e subjetivamente redução da sintomatologia do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo.

6. AVALIAÇÃO SUBJETIVA CONTIDA NO EXPERIMENTO

A pesquisa experimental permitiu somente aos grupos testes meditação (TM) e placebo (TP), aos quais foram aplicados programas de redução do *stress* baseados em meditação, desenvolvidos com práticas diárias individuais de meditação intercalas a reuniões semanais com a pesquisadora para avaliação do *stress* e treinamento em meditação, a coleta de dados subjetivos sobre alterações na percepção do bem-estar dos voluntários proporcionadas pelas técnicas de meditação por meio do Semanário de Práticas Diárias de Meditação, anexo G e I, e pela Avaliação Individual sobre o Experimento, anexo K, ambos disponibilizados a estes dois grupos.

Estes dados foram tratados por meio da metodologia de análise de conteúdo que favorece compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações.

A fim de corroborar as avaliações objetivas dos níveis de *stress* dos voluntários através da aplicação semanal das escalas diagnósticas: Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e Inventário Beck para Ansiedade (BAI), para Depressão (BDI) e para o Pessimismo (BHS), também foi coletado semanalmente os dados subjetivos dos participantes sobre a sua percepção de bem-estar antes, durante e após cada prática meditativa, incluindo seus relatos sobre dificuldades apresentadas durante a meditação e sua pretensão de continuar meditando que serão apresentadas a seguir.

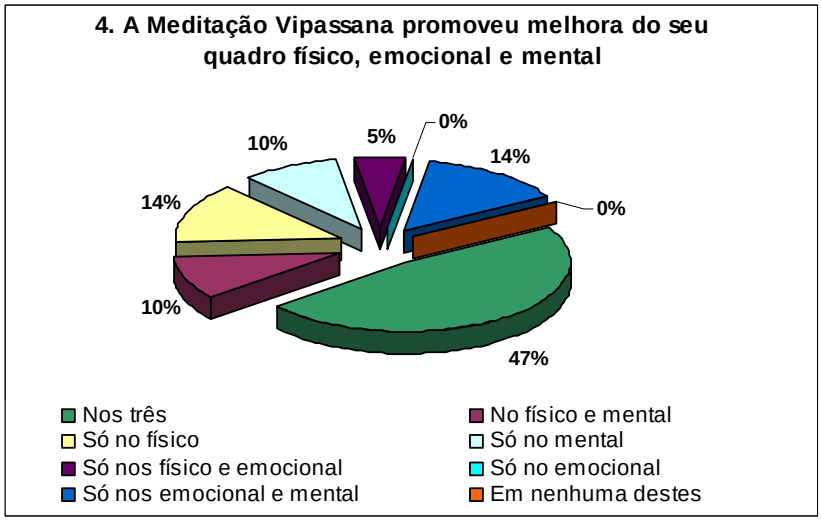
6.1 Resultados do Grupo Teste Meditação (TM)

No caso dos voluntários que integraram o grupo teste meditação (TM), os dados subjetivos registrados por estes se referem aos procedimentos de Meditação *Vipassana,* treinados e praticados durante oito semanas subseqüentes. Estes dados são apresentados a partir da percepção de alterações no *stress*, classificados conforme seus aspectos físicos, emocionais e mentais.

6.1.1 Alterações no Quadro Geral Físico, Emocional e Mental

As indagações presentes na avaliação Individual sobre o Experimento referentes à melhora no quadro geral físico, emocional e mental, conforme o gráfico 28, apontaram 47% dos voluntários identificando melhora nestes três aspectos, 14% indicando melhora nos aspectos emocionais e mentais e aumento de bem-estar somente nos aspectos físicos, 10% dos participantes apontando melhora nos quadros físico e mental e aumento de bem-estar somente nos aspectos mentais e 5% relataram melhora nos quadros físico e emocional, não sendo apontada melhoria apenas no quadro emocional.

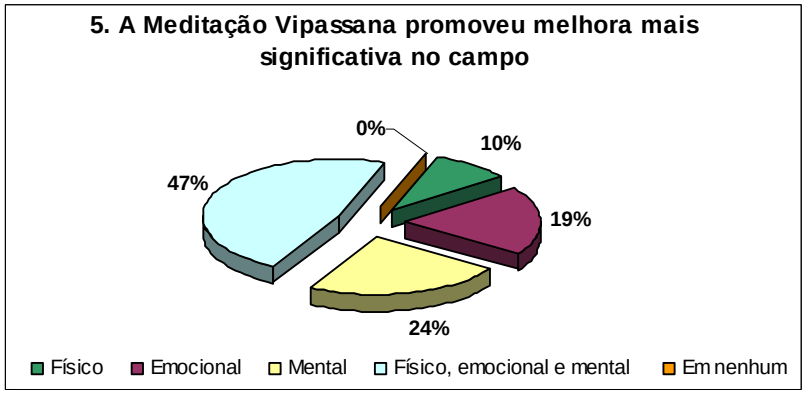
Gráfico 28 - Percepção de Melhora nos Quadros Físico, Emocional e Mental



Fonte: Elaborado pelo autor

Agora, quando questionados sobre a melhora mais significativa obtida com a prática de Meditação *Vipassana*, 47% dos voluntários apontaram os três aspectos, físico, emocional e mental, ao passo que 24% escolheram apenas mental, 19% apenas emocional, 10% apenas físicos e ninguém escolheu nenhum dos três aspectos, gráfico 29.

Gráfico 29 - A percepção de melhora mais significativa

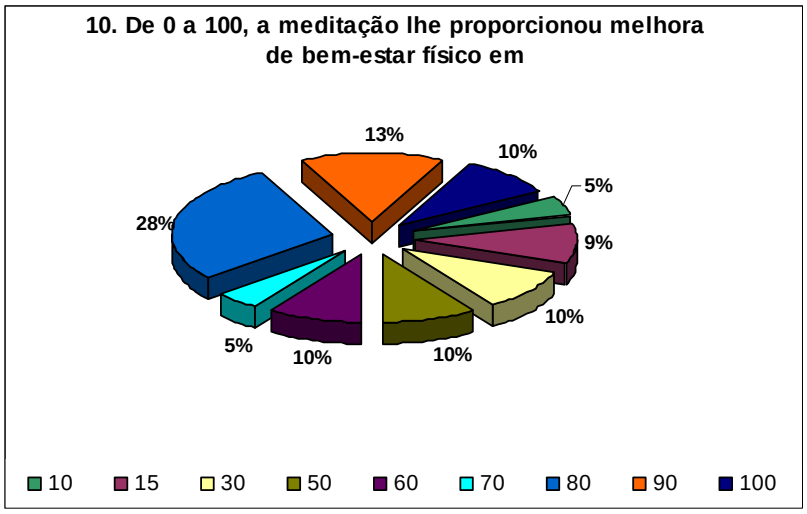


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.1.1 Alterações nos Aspectos Físicos

Procurando detalhar a percepção dos voluntários quanto à melhora obtida com a prática diária de Meditação *Vipassana*, pediu-se aos participantes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 para a melhora obtida nos aspectos físicos. Os relatos foram da seguinte ordem: 28% atribuíram 80 pontos, 13% definiram 90 pontos, 10% indicaram 100, 60, 50 e 30 pontos, 9% apontaram 15 pontos e 5% declararam 70 e 10 pontos, gráfico 30.

Gráfico 30 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Físico

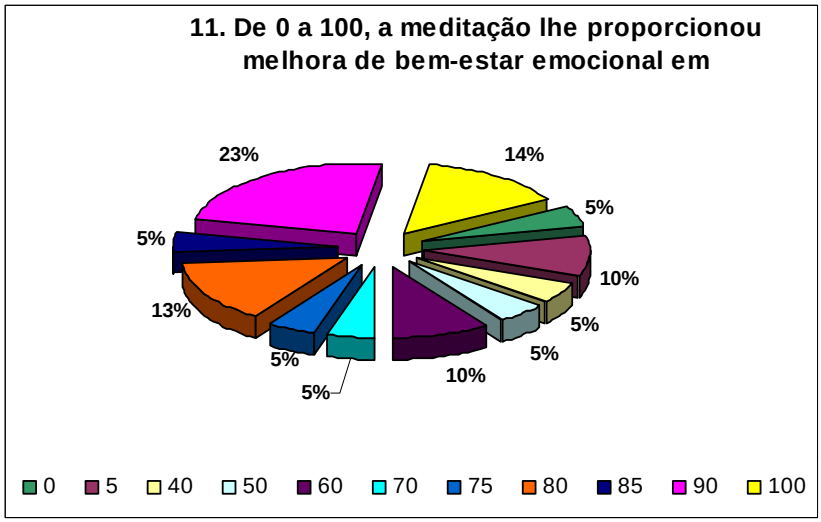


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.1.2 Alterações nos Aspectos Emocionais

Do mesmo modo, solicitou-se aos voluntários que indicassem pontos entre 0 a 100 para a melhora nos aspectos emocionais obtidas com a prática diária de Meditação *Vipassana*. Os relatos foram da seguinte ordem: 23% atribuíram 90 pontos, 13% definiram 100 pontos, 13% indicaram 80 pontos, 10% recomendaram 60 e 5 pontos e 5% apontaram 85, 75, 70, 50, 40 e 0 ponto, gráfico 31.

Gráfico 31 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Emocional

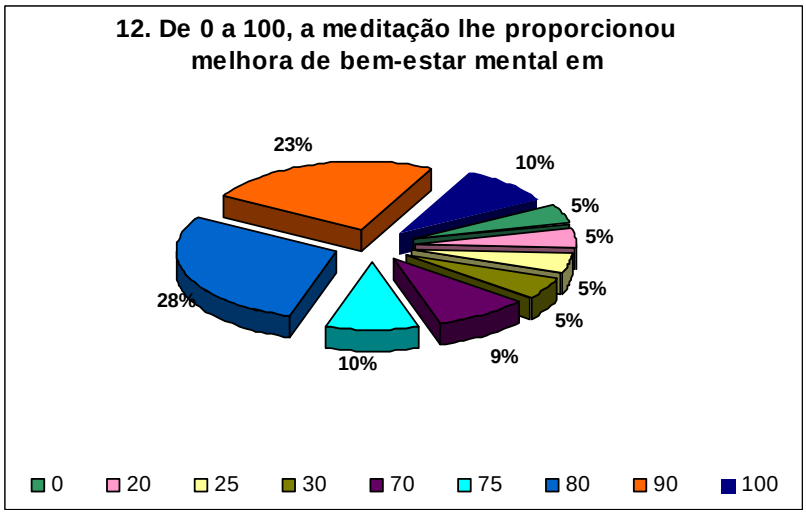


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.1.3 Alterações nos Aspectos Mentais

Já a pontuação de 0 a 100 indicativa da melhora nos aspectos mentais adquiridos com a prática diária de Meditação *Vipassana*, solicitada aos voluntários obteve-se: 28% atribuíram 80 pontos, 23% definiram 90 pontos, 10% indicaram 100 e 75 pontos, 9% recomendaram 70 pontos e 5% apontaram 30, 25, 20 e 0 ponto, gráfico 32.

Gráfico 32 - De 0 a 100 para a melhora no Quadro Mental



Fonte: Elaborado pelo autor

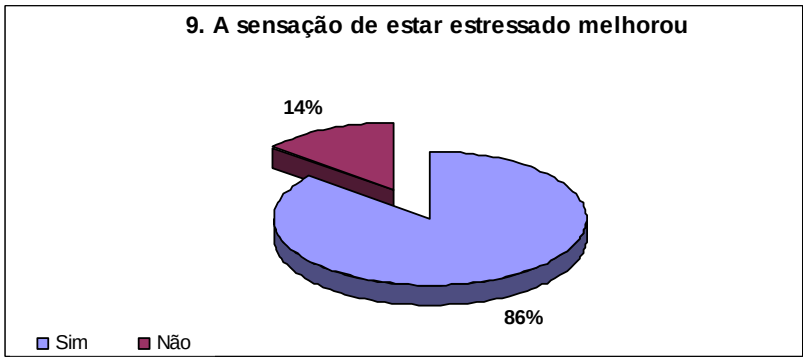
6.1.2 Sintomas do *Stress*, Ansiedade, Depressão e Pessimismo

Com a intenção de corroborar as mensurações objetivas das alterações na sintomatologia do *stress*, na ansiedade, na depressão e no pessimismo realizadas pelas quatro escalas de diagnóstico do *stress* utilizadas nesta pesquisa, os voluntários foram indagados quanto a sua percepção a respeito de alterações nos sintomas do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo.

6.1.2.1 Alterações Gerais dos Sintomas do *Stress*

Quanto à sintomatologia do *stress* sentida pelos voluntários, questionada sob a perspectiva de melhora, identificou-se, do total de 21 participantes, 86% de relatos de melhora sentida em contraparte a 14% que não sentiram melhora, de acordo com o gráfico 33.

Gráfico 33 - A sensações do *stress* melhoraram



Fonte: Elaborado pelo autor

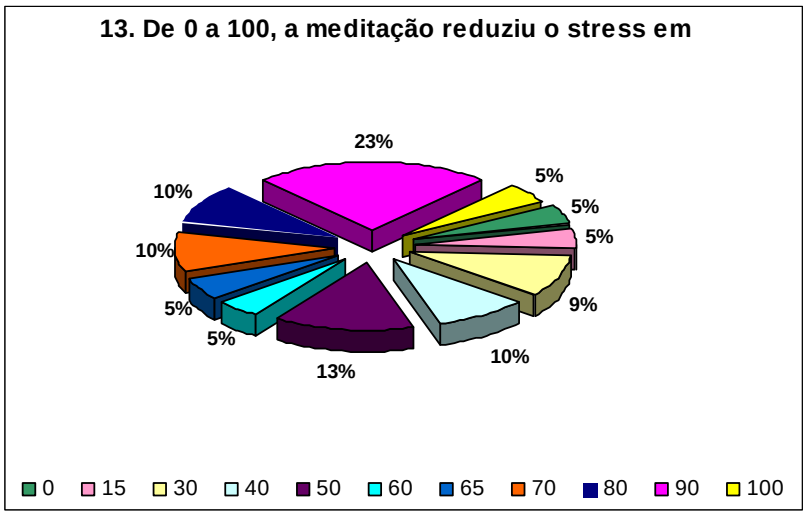
6.1.2.2 Percentual de Alteração do *Stress* proporcionado pela Meditação

A fim de compreender melhor a percepção dos voluntários quanto à melhora nas sensações do *stress* proporcionada pela prática diária de Meditação *Vipassana*, pediu-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 para esta redução. Os relatos foram da seguinte ordem do total de 21 participantes: 23% atribuíram 90 pontos, 13% definiram

50 pontos, 10% indicaram 80, 70 e 40 pontos, 9% apontaram 30 pontos e 5% declararam 100, 65, 60, 30, 15 e 0 ponto, conforme o gráfico 34.

.

Gráfico 34 - De 0 a 100 para a melhora no *stress*

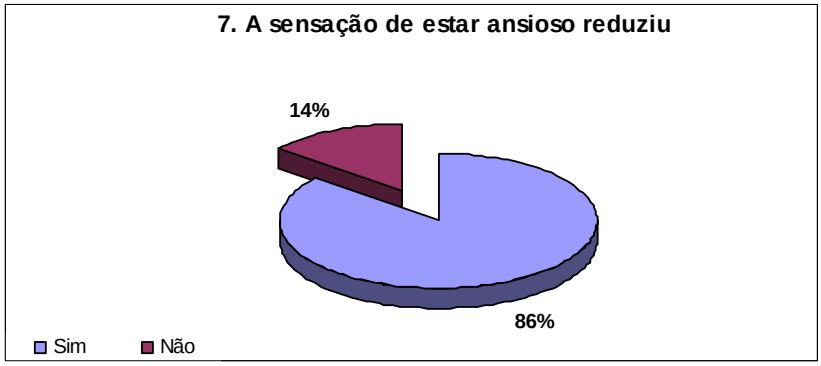


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.3 Alterações Gerais dos Sintomas de Ansiedade

Já relativo à sensação de estar ansioso questionada aos voluntários quanto a uma possível melhora, obtendo-se, dos 21 voluntários, 86% de sim em contraparte a 14% de não, segundo o gráfico 35.

Gráfico 35 - A sensações de ansiedade melhoraram

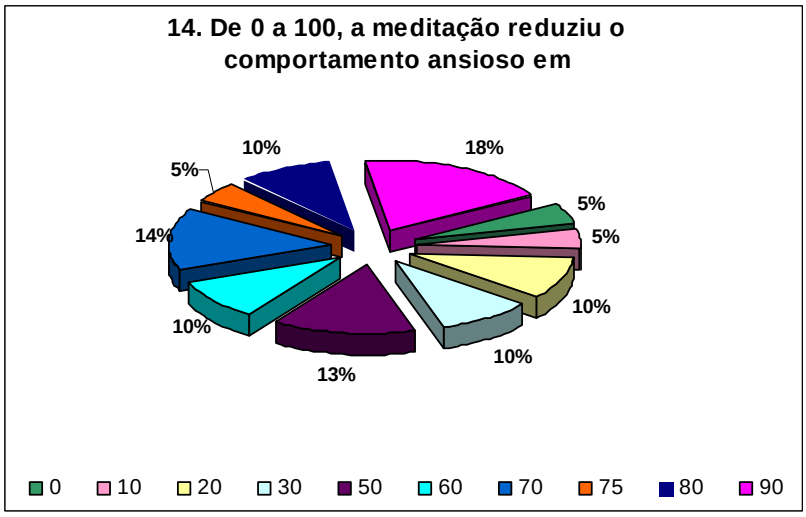


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.4 Percentual de Alteração da Ansiedade promovido pela Meditação

Para detalhar esta percepção dos voluntários quanto à melhora nas sensações de ansiedade proporcionada pela prática diária de Meditação *Vipassana*, pediu-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100, identificando-se 19% que atribuíram 90 pontos, 14% dedicaram 70 pontos, 13% definiram 50 pontos, 10% indicaram 80, 60, 30 e 20 pontos, 5% declararam 75, 10 e 0 ponto, apresentado no gráfico 36.

Gráfico 36 - De 0 a 100 para a melhora na ansiedade

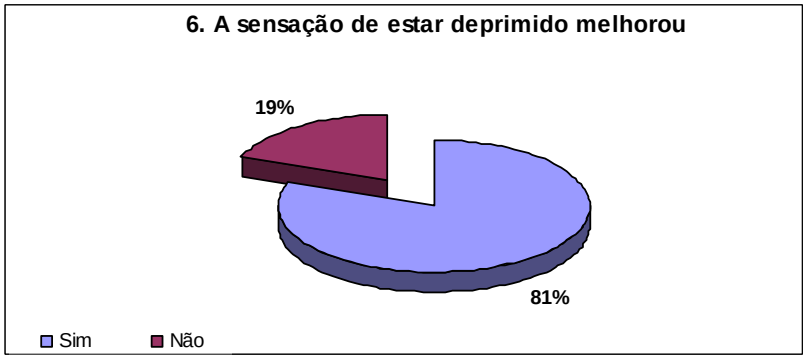


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.5 Alterações Gerais dos Sintomas de Depressão

Quanto ao comportamento deprimido possivelmente alterado pela prática de meditação *Vipassana,* perguntou-se aos voluntários se havia melhorado. Obteve-se, segundo o gráfico 37, como respostas de 81% de participantes que sentiram melhora e 19% que não a sentiram, dos 21 participantes.

Gráfico 37 - A sensações depressivas melhoraram

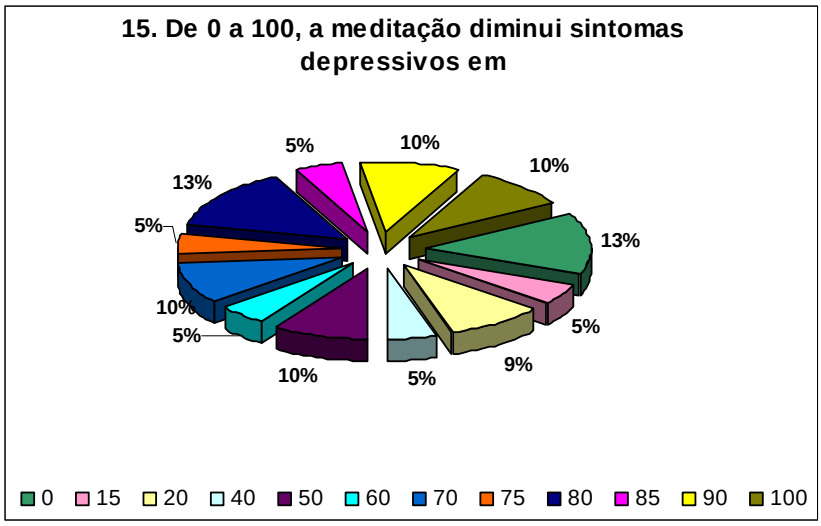


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.6 Percentual de Alteração da Depressão promovido pela Meditação

Para melhor esclarecer o quanto de melhoria nas sensações depressogênicas foram percebidas pelos voluntários, solicitou-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 relativos a melhora percebida. De acordo com o gráfico 38, fora manifestado por 13% a atribuição de 80 e 0 ponto, 10% indicaram 100, 90, 70 e 50 pontos, 9% apontaram 20 pontos e 5% declararam 85, 75, 60. 40 e 15 pontos.

Gráfico 38 - De 0 a 100 para a melhora na depressão

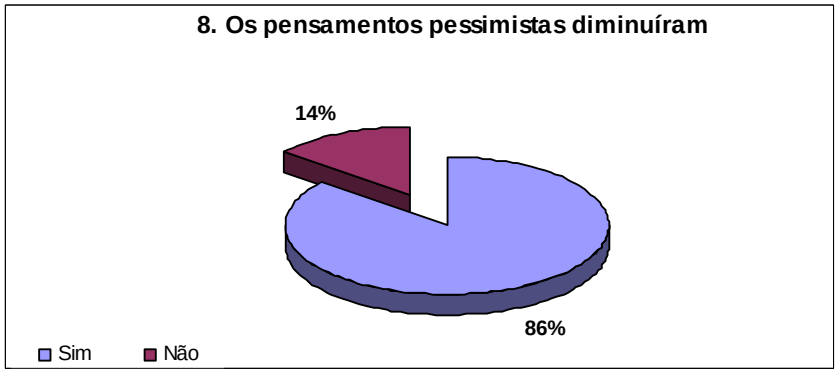


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.7 Alterações Gerais dos Sintomas de Pessimismo

Em relação ao pessimismo reduzido pela prática de meditação *Vipassana,* indagou-se se havia ocorrido, obtendo-se 86% de respostas sim e 14% de não, de um total de 21 participantes, segundo o gráfico 39.

Gráfico 39 - O pessimismo melhorou

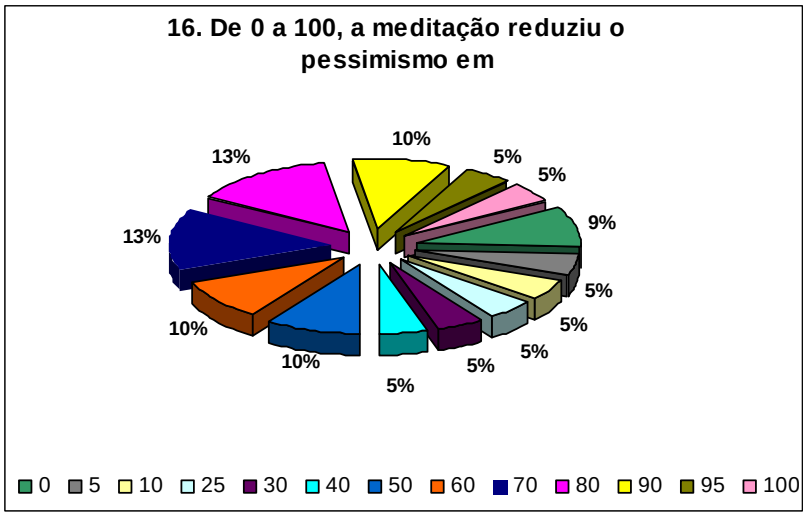


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.8 Percentual de Alteração do Pessimismo promovido pela Meditação

Para melhor esclarecer o quanto de redução no pessimismo fora percebida pelos voluntários, solicitou-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 relativos a melhora percebida. Segundo o gráfico 40, fora manifestado por 13% definiram 80 e 70 pontos, 10% indicaram 90, 60 e 50 pontos, 9% determinaram 0 ponto e 5% declararam 100, 95, 40, 30, 25 e 10 pontos de melhora no pessimismo.

Gráfico 40 - De 0 a 100 para a melhora no pessimismo

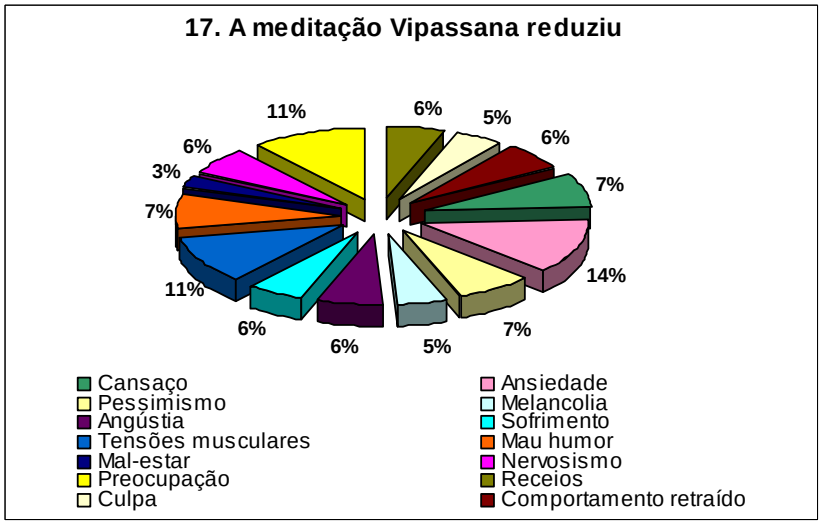


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.9 Aspectos Psicológicos Melhorados pela Meditação *Vipassana*

Com o propósito de compreensão ainda mais profunda sobre a característica das melhorias obtidas pelos voluntários com a prática diária de Meditação *Vipassana*, foi-lhes indagado o que havia sido reduzido. Segundo o gráfico 41, dos 21 voluntários, 14% perceberam redução na ansiedade, 11% sentiram diminuição nas tensões musculares e na preocupação, 7% identificaram decréscimo no cansaço, no mau humor, na angústia e no pessimismo, 6% manifestaram redução no sofrimento, no comportamento retraído e nos receios, 5% relataram retração na culpa e na melancolia e 3% declararam diminuição da sensação de mal-estar.

Gráfico 41 - Os elementos reduzidos pela Meditação *Vipassana*



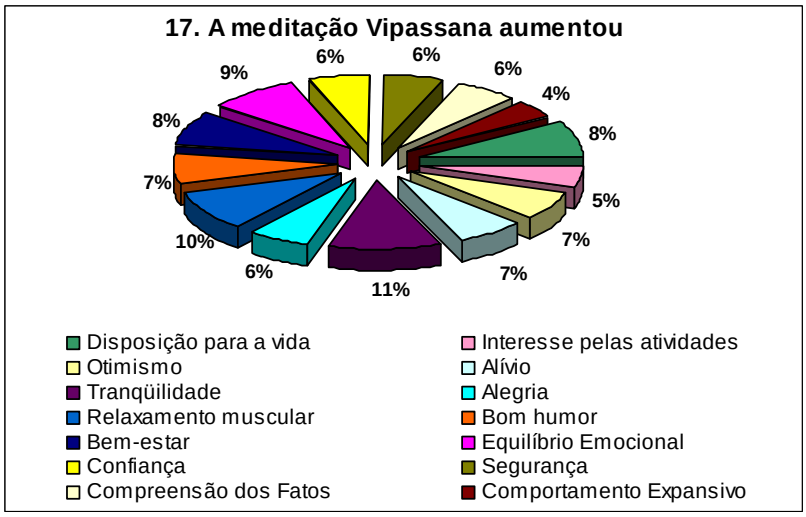
Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.10 Aspectos Psicológicos Alterados pela Meditação *Vipassana*

Ainda no sentido de maior compreensão a dos benefícios conquistados pelos voluntários com a prática diária de Meditação *Vipassana*, foi-lhes indagado o que tinha obtido acréscimo. Segundo o gráfico 42, dos 21 voluntários, 11% sentiram aumento na sensação de tranqüilidade, 10% identificaram maior relaxamento muscular, 9%

perceberam um acréscimo no equilíbrio emocional, 8% manifestaram elevação do bem-estar e da disposição para a vida, 6% relataram maior compreensão dos fatos, maior confiança e mais alegria, 5% declararam aumento pelo interesse nas atividades e 4% perceberam comportamento mais expansivo.

Gráfico 42 - Os elementos aumentados pela Meditação *Vipassana*

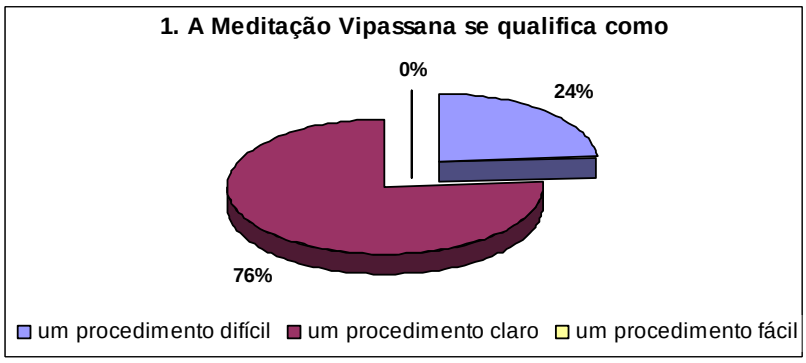


Fonte: Elaborado pelo autor

6.1.2.11 Dificuldades na Prática da Meditação *Vipassana*

Os processos executados durante a Meditação *Vipassana* foram qualificados como um procedimento claro por 76% dos voluntários e visto o como um procedimento difícil por 24% destes, enquanto que ninguém o avaliou como um procedimento fácil, de acordo com o gráfico 43.

Gráfico 43 - Como os voluntários percebem os procedimentos da Meditação *Vipassana*



Fonte: Elaborado pelo autor

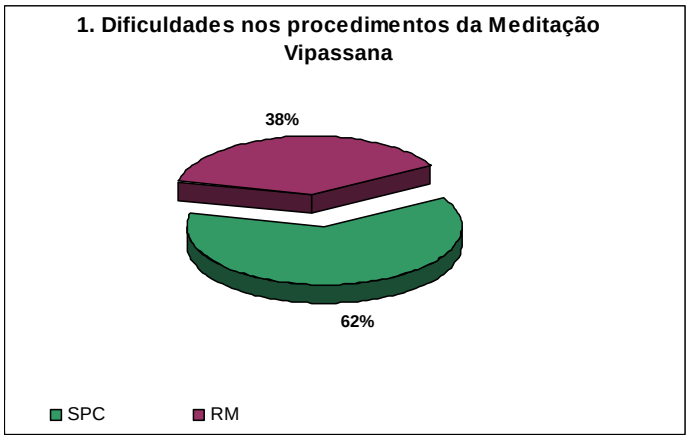
Esta qualificação dos processos praticados em cada meditação atribuída pelos voluntários espelha suas dificuldades registradas no Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana*, anexo G, apresentadas pelos gráficos 44 a 51, relativos as oito semanas de treinamento em meditação *Vipassana* proporcionado pelo programa de redução do *stress* ao grupo teste meditação (TM).

Primeira Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da primeira semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de

meditação com duração média de 10 a 15 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), ou seja, numa posição confortável que permitia permanecer com a coluna vertebral ereta, a cabeça naturalmente erguida sem forçar o pescoço, de olhos fechados com os braços levemente apoiados sobre as pernas e pés planos apoiados no chão e proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM), 62 % registraram dificuldades com o SPC enquanto 38 % apontaram dificuldades em desenvolver RM, dos 21 participantes, de acordo com o gráfico 44.

Gráfico 44 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 1ª semana do treinamento

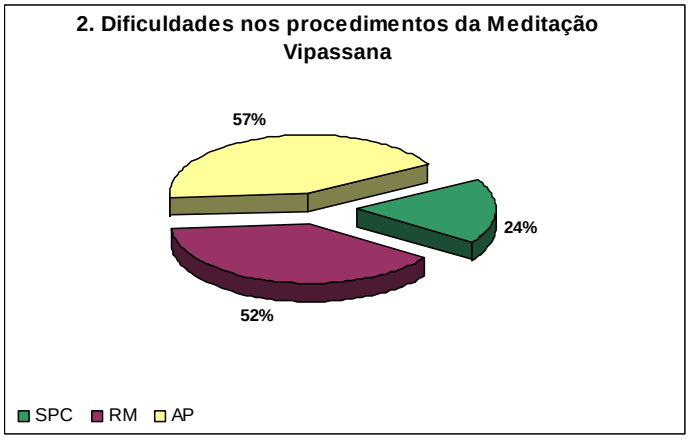


Fonte: Elaborado pelo autor

Segunda Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

Já no Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da segunda semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 15 a 20 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM) e acrescentava a adoção do foco de atenção com atitude positiva, voltando-o para frente e levemente para o alto (AP), evitando o estado de sonolência, segundo o gráfico 45, do total de 21 voluntários, 24% registraram dificuldades com o SPC, 52 % apontaram dificuldades em desenvolver RM e 57% relataram ser difícil executar AP.

Gráfico 45 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 2ª semana do treinamento

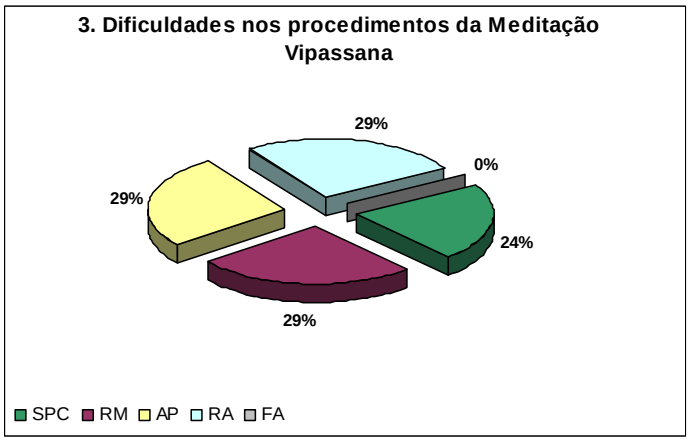


Fonte: Elaborado pelo autor

Terceira Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da terceira semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 20 a 25 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM), então, tornar o foco de atenção com atitude positiva, voltando-o para frente e levemente para o alto (AP), prosseguir a adoção da respiração abdominal com ritmo espontâneo (RA) e concentrar a atenção nos movimentos da respiração abdominal em ritmo regularizado sem alterar o foco de atenção (FA), no qual, dos 21 voluntários, 24 % registraram dificuldades com o SPC enquanto 29 % apontaram dificuldades em desenvolver RM, AP e RA e nenhum registro de dificuldade em FA foi encontrado, segundo o gráfico 46.

Gráfico 46 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 3ª semana do treinamento



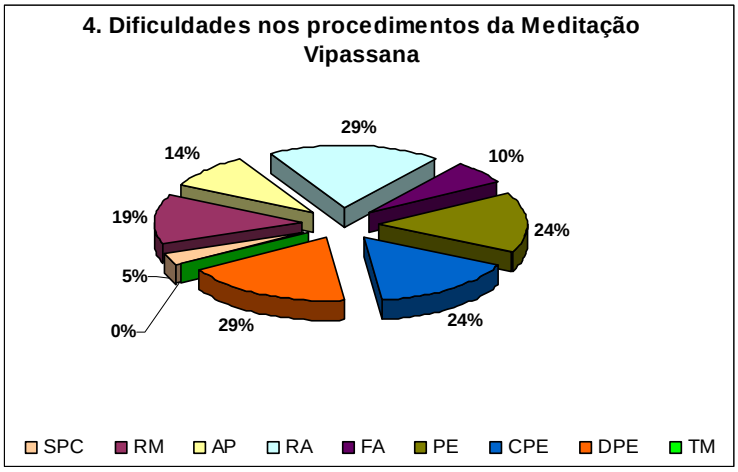
Fonte: Elaborado pelo autor

Quarta Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da quarta semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, os procedimentos da técnica, já totalizados, exigiam a execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM), então, tornar o foco de atenção com atitude positiva, voltando-o para frente e levemente para o alto (AP), prosseguir a adoção da respiração abdominal com ritmo espontâneo (RA), concentrar a atenção nos movimentos da respiração abdominal em ritmo regularizado sem alterar o foco de atenção (FA), para então, no caso da concentração da atenção nos movimentos respiratórios abdominais se desfizer e quando for percebido o pensamento espontâneo presente na mente (PE), de modo sutil deverá ser interrompido seu processo racional através de uma breve classificação ao que o conteúdo deste pensamento espontâneo está associado (CPE) e então, gentilmente retornar a concentrar a atenção nos movimentos da respiração abdominal regularizada (DPE), estes dois últimos processos serão repetidos sempre que PE for identificado até que tenha se passado os 25 minutos de meditação para ser procedido com o seu término (TM).

Segundo o gráfico 47, do total de 21 voluntários, 5 % registraram dificuldades com o SPC, 19 % em RM, 14% em AP, 29 % em RA, 10% em FA, 24% em PE e CPE e 29% em DPE, não tendo sido apontado dificuldade em TM.

Gráfico 47 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 4ª semana do treinamento



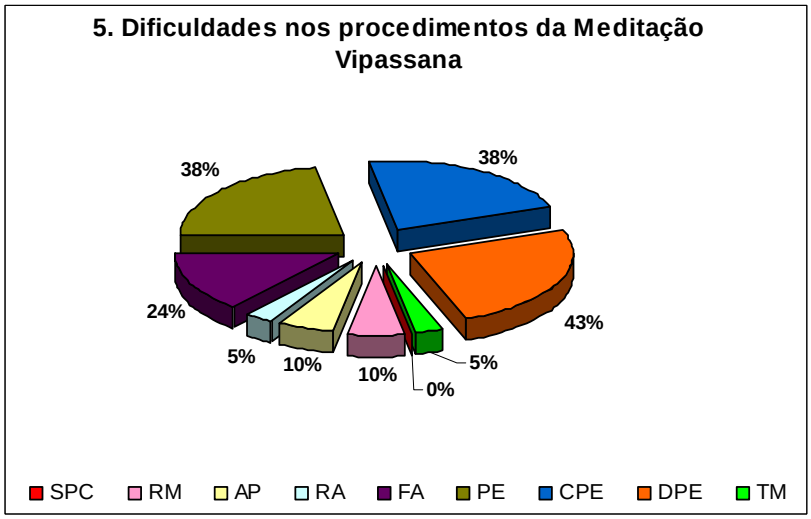
Fonte: Elaborado pelo autor

Nas quatro semanas seguintes à quarta semana, ou seja, a quinta, sexta, sétima e oitava semanas do programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, serão repetidos todos os procedimentos da prática meditativa treinados durante a quarta semana. Sendo assim, os semanários permitem o registro dos mesmos procedimentos, ou seja, não será acrescido qualquer novo elemento.

Quinta Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

Assim, no Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da quinta semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM, AP, RA, FA, PE, CPE, DPE e TM, de acordo com o gráfico 48, do total de 21 voluntários, 0 % registraram dificuldades com o SPC, 10 % em RM e em AP, 5 % em RA, 24% em FA, 38% em PE e CPE e 43 % em DPE, tendo sido apontado 5% com dificuldade em TM.

Gráfico 48 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 5ª semana do treinamento

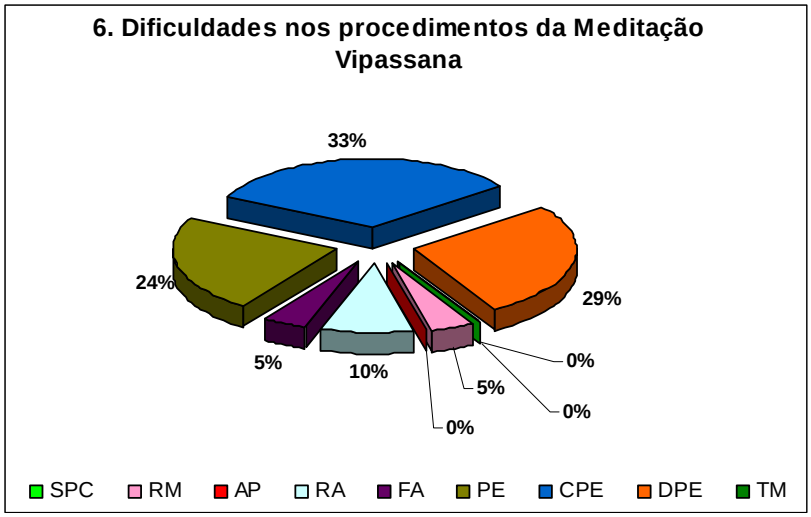


Fonte: Elaborado pelo autor

Sexta Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

Já no Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da sexta semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM, AP, RA, FA, PE, CPE, DPE e TM, de acordo com o gráfico 49, do total de 21 voluntários, 0 % registraram dificuldades com o SPC, 5 % em RM, 0 % em AP, 10% em RA, 5% em FA, 24 % em PE, 33 % em CPE e 29 % em DPE, não tendo sido apontado dificuldade em TM.

Gráfico 49 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 6ª semana do treinamento

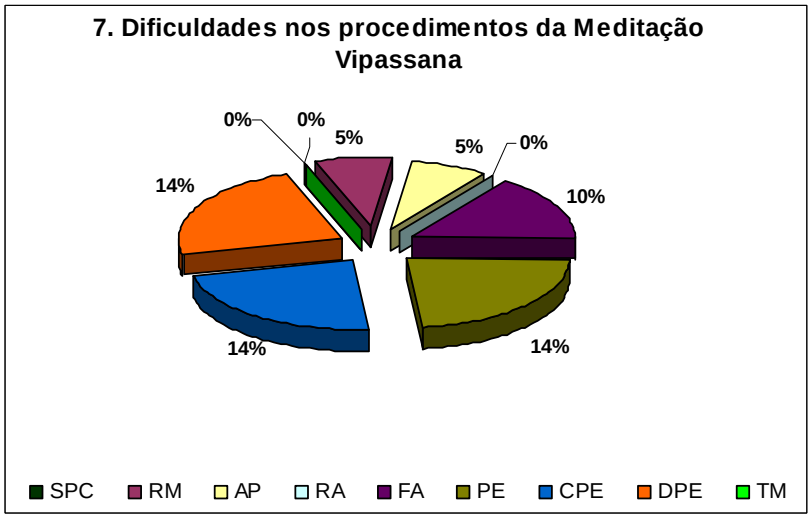


Fonte: Elaborado pelo autor

Sétima Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

Quanto ao Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da sétima semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM, AP, RA, FA, PE, CPE, DPE e TM, de acordo com o gráfico 50, do total de 21 voluntários, 0 % registraram dificuldades com o SPC, 5 % em RM, 5 % em AP, 0% em RA, 10% em FA, 14 % em PE, em CPE e em DPE, não tendo sido apontado dificuldade em TM.

Gráfico 50 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 7ª semana do treinamento

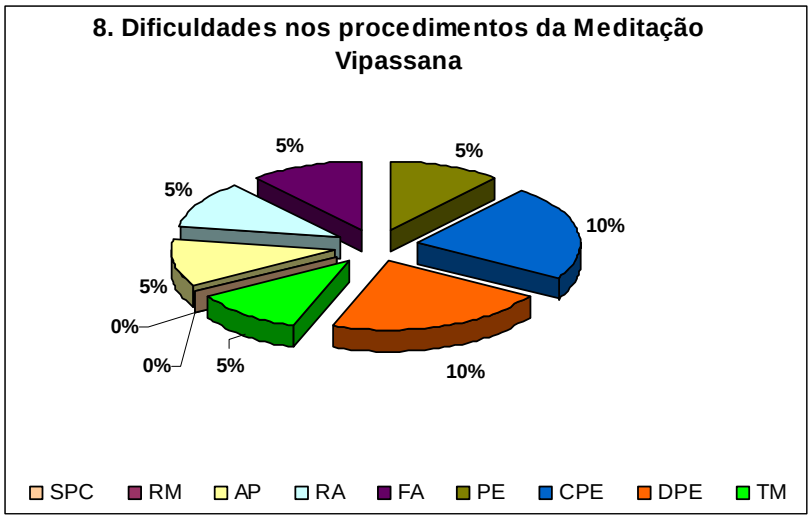


Fonte: Elaborado pelo autor

Oitava Semana de Treinamento em Meditação *Vipassana*

E no Semanário de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* da oitava semana de treinamento em meditação *Vipassana* que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM, AP, RA, FA, PE, CPE, DPE e TM, de acordo com o gráfico 51, do total de 21 voluntários, 0 % registraram dificuldades com o SPC e em RM, 5 % em AP, em RA, em FA, e em PE e 10 % em CPE e em DPE, não tendo sido apontado dificuldade em TM, evidenciando que os voluntários tornaram-se hábeis nesta técnica meditativa.

Gráfico 51 - Dificuldades com a Meditação *Vipassana* na 8ª semana do treinamento

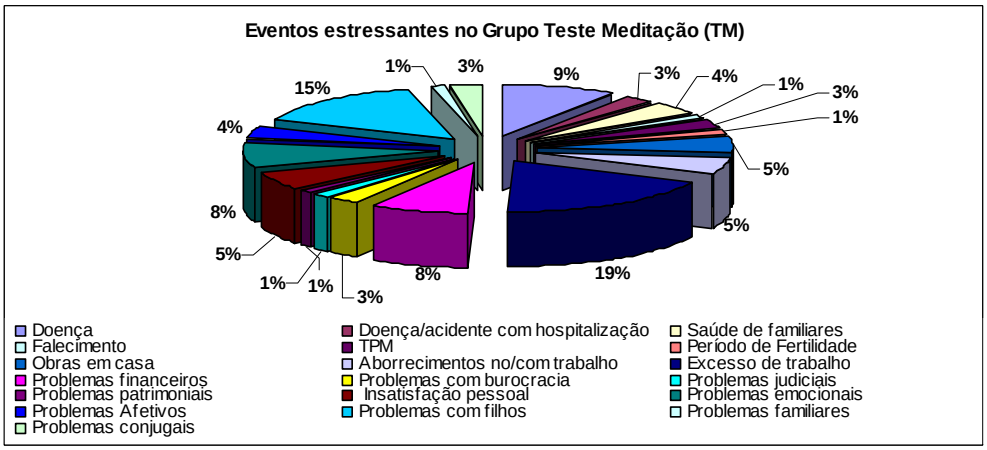


Fonte: Elaborado pelo autor

Deste modo, pode-se identificar que a medida que o treinamento em Meditação Vipassana, avança o programa de oito semanas consecutivas os voluntários apresentaram um percentual menor de dificuldades na execução de todos procedimentos da técnica, permanecendo alguma dificuldade, 10 %, nos procedimentos de PE, CPE e DPE comuns a diversidade do intenso fluxo de processo mental comum aos indivíduos.

É importante ressaltar que os desdobramentos das dificuldades apresentadas pelos voluntários nas oito semanas do programa de Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, principalmente, a partir da quinta semana, provavelmente têm relação direta com os eventos estressantes vivenciados e registrados nos Semanários de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana* que são apresentados de modo sintético no gráfico 52.

Gráfico 52 - Natureza dos Eventos Estressantes vivenciados durante o Experimento



Fonte: Elaborado pelo autor

No gráfico acima, é possível perceber que dos 21 voluntário, 19% durante o experimento sentiram-se e*stress*ados pelo excesso de trabalho, enquanto 15% enfrentaram problemas com os filhos, 9% ressaltaram terem sentido *stress* devido a aborrecimentos no/com o trabalho, 8% encararam dificuldades financeiras e problemas emocionais, 5% evidenciaram a existência devido a obras em casa e de insatisfação pessoal, 4% vivenciaram problemas com a saúde de familiares e problemas afetivos, 3 destacaram a existência de problemas familiares, com tensão pré-menstrual (TPM), problemas com sua saúde levando a hospitalização e problemas com a burocracia, enquanto 1% relatou episódio de falecimento, doença entre outros.

Quadro 6 - Depoimentos sobre as experiências com a Meditação *Vipassana*

Vol.	Síntese dos Depoimentos
EAFL	Se eu ficar agitada o fato vai acontecer. E se eu estiver mais calma, o fato também irá acontecer. Assim, é melhor sempre estar calma para que eu possa resolver melhor os fatos. Percebi grande melhora na insônia e o despertar tornou-se mais brando, às vezes me senti flutuando durante a meditação e outrora senti que não estava no mesmo lugar.
DSN	Passei a me sentir mais útil, mais feliz, mais vontade de lutar. Muitas vezes passei a pensar num futuro melhor, querendo mudar muito mais. Passei a me sentir bem comigo mesma, passando a mais pensativa
AMC	Passei a estar muito mais tranqüilo, pensativo, reflexivo, inclusive por ter se ausentado um medo convivido no último ano devido a vivência de um evento de *stress* pós-traumático.
RSA	A meditação me trouxe a certeza da possível vitória sobre a impetuosidade comum em todos nós. Com a prática também venci o medo anterior da entrega. Confesso que percebi que posso potencializar através da meditação outros recursos que possuo e continuar meu o crescimento emocional. Passei a mais pensativa.
MAS	Desenvolvi uma conexão comigo mesma, tornando-me menos influenciável, mais atenta e interessada, tendo dias e noites mais produtivos com sonhos mais ativo e significativo. Adquiri uma disposição para aceitar desafios. Tenho manifestado gratidão, melhorando o ato de conviver com os demais e com estes passei a perceber as boas lições, me sentindo mais feliz.
MLN	Sinto-me mais serena e propensa a diminuir a ansiedade ainda mais. Nos episódios de depressão tenho conseguido identificar rapidamente o evento causador do desequilíbrio e buscar a permanente paz, Por vezes, durante a meditação desfrutei da sensação de flutuar e de alívio, além de identificar belas descobertas. Sinto uma agradável sensação quando em contato comigo mesma que me desacelera.
RSF	Tranqüilidade, calmaria, menos angústia.
LBS	Calmaria, menor tensão na nuca e alívio imediato a dor de cabeça crônica, do tipo enxaqueca.
LSO	Muito mais calmo e ainda mais tranqüilo.
MLB	Disposição, reflexão, tranqüilidade, pensamentos mais ordenados, menos preocupada e mais pensativa.
CAR	Leveza, sensação de bem-estar, tranqüilidade, menos nervosismo, mais felicidade, respirando muito melhor, tornei-me pensativa.
MB	Sempre me senti melhor após a prática de meditação, mesmo quando antes já me sentia bem. Percebi que a sensação de tranqüilidade tornara-se mais sólida, redução dos episódios de baixo astral. Me sinto mais feliz e alegre, animado, sereno, bem humorado, em paz, equilibrado e otimista. Durante a meditação algumas vezes experimentei a sensação de arrepiar o cabelo.
CF	Em paz, luz, serenidade, tornei-me monge, desligado, mente ausente, flutuando, satisfeito comigo mesmo.
CFAC	Auto-reflexivo quanto as ações da vida, diminuição da tensão nos pés, espírito mais apaziguado, mais concentrado, mais sereno e confiante.
HQ	Leveza, redução da ansiedade, em paz, relaxado, diminuição das dores, melhora das sensações, respiração mais leve, alívio, em paz, tranqüilidade, sensação de prazer, acolhimento interno.
LD	Bem-estar, relaxado, menos ansioso, calmo.
MA	Sinto-me satisfeito, relaxado, tranqüilo, disposto, calmo, menos agitado e bem humorado.
MG	Tranqüilidade mental, menos apreensivo, mais apaziguado, alívio da tensão, certeza da resolução dos problemas, maior compreensão dos fatos, calmo, paz de espírito, alegria com a vida, serenidade mental, consciência dos limites temporais das ações, ânimo, paz interior, esperança nas coisas futuras, atento aos meus sentimentos, disposição, alegria interior muito grande, muito introspectivo.
P S	Relaxado, aprendendo a gerenciar minha raiva, feliz, consegui estabelecer prioridades, mais calmo, aprendendo a gerenciar o tempo, satisfeito, fazer o que não gosto sem me aborrecer, sensação boa, sensação de melhora.
SF	Bem e satisfeita, mais calma, ritmo corporal mais lento, mais assentada, mais equilibrada, mais centrada e presente, mais consciente, menos ansiosa, mais calma, maior consistência interna, melhora geral, leveza, melhora na sensação nas pernas, olhar mais sereno, mais descansada, satisfeita, alegre e feliz, conscientização da experiência de auto-controle, funcionamento em ritmo mais lento, um pouco mais de paz, com a mente um pouco mais relaxada
VG	Completamente relaxada, grande melhora, sensação de ter saído do corpo, mantendo-me mais equilibrada mediante a dificuldade da vida, repleta de esperança, sinto-me muito feliz, estou indo bem na vida, verdadeiramente ótima, grande assistência espiritual durante a meditação, sinto-me refeita, mais calma e serena, senti a presença de um mentor oriental que me acompanhava durante a meditação me ajudando a apaziguar meu coração agitado pela taquicardia, radiante de luz e paz, parece que regredi no tempo.

Fonte: Elaborado pelo autor

Os Semanários de Práticas Diárias de Meditação *Vipassana*, anexo G, também exigiam que os voluntários expressassem como se sentiam antes e depois de cada prática meditativa, proporcionando um espaço reflexivo sobre seu bem-estar tanto quanto sobre suas experiências durante a meditação, que de modo sintético são apresentados no quadro 6.

Os relatos dos voluntários referentes às experiências vivenciadas durante as práticas de Meditação *Vipassana* e referentes ao seu bem-estar antes e após estas, verifica-se, segundo o quadro 6, expressões muito positivas que apontam para um comportamento mais introspectivo, reflexivo e equilibrado do qual é possível qualificar como um aumento no bem-estar subjetivo do indivíduo em detrimento as tensões internas possivelmente ligadas a redução do *stress*.

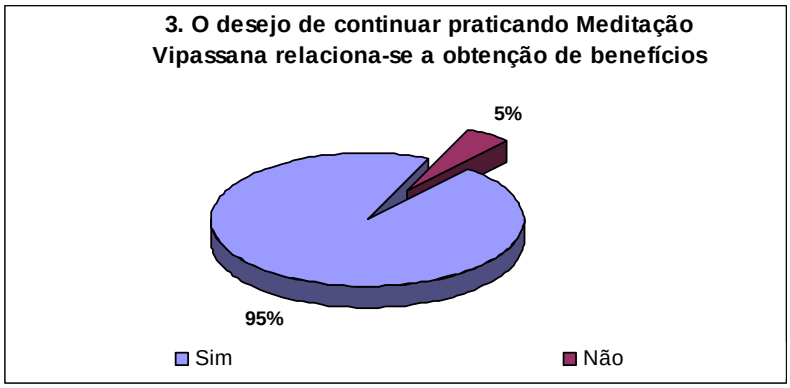
Estes registros realizados antes e depois de cada prática meditativa, apontam para variações na intensidade de atividade introspectiva vivenciadas por cada um, a ponto de alguns expressarem experiências mais superficiais como a redução de dores no corpo até os que vivenciaram experiências mais profundas do tipo: sensação de flutuação, de regressão a outras épocas e de contato com grande assistência espiritual.

Contudo, todos os relatos sobre as experiências com a meditação possuem conotação positiva, ou melhor, de benefícios obtidos, reforçando a comprovação da hipótese central desta pesquisa de que a Meditação *Vipassana* reduz o *stress*.

6.1.2.12 Intenção de Continuidade da Prática da Meditação *Vipassana*

Pode-se admitir uma diversidade considerável de benefícios percebidos pelos 21 integrantes do grupo meditação (TM), adquiridos com a prática diária de Meditação *Vipassana* que segundo o gráfico 53, embasam 95% dos voluntários desejarem continuar com esta prática enquanto que 5%, ou seja, apenas 1 integrante não pretende continuar a praticar esta meditação.

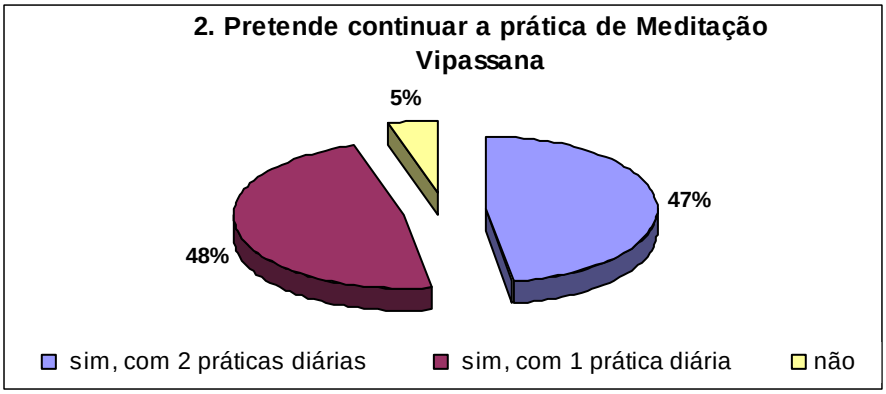
Gráfico 53 - Número de voluntários que desejam continuar a prática de Meditação



Fonte: Elaborado pelo autor

Destes 95% de voluntários que pretendem continuar com a prática diária de Meditação *Vipassana,* metade continuarão realizando duas práticas diárias enquanto que a outra metade continuará meditando só que passarão a realizar uma única prática por dia, conforme o gráfico 54.

Gráfico 54 - O modo da prática continuada de Meditação *Vipassana* desejado



Fonte: Elaborado pelo autor

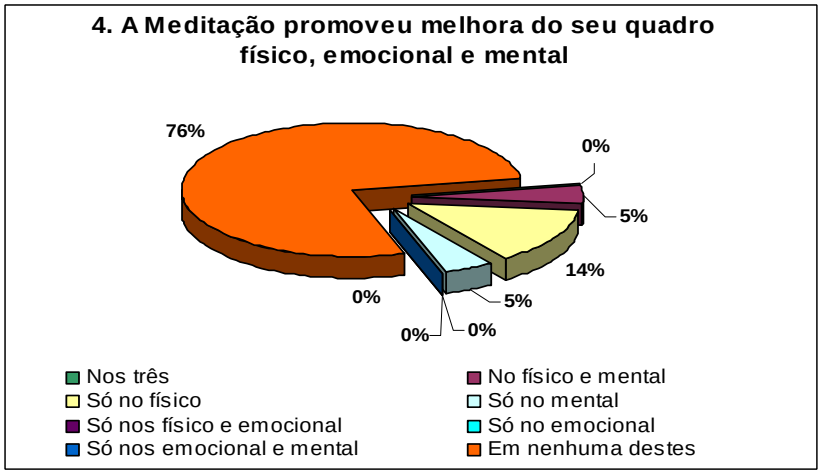
6.2 Resultados do Grupo Teste Placebo

No caso dos voluntários que integraram o grupo teste placebo (TP), os dados subjetivos registrados por estes se referem aos procedimentos de Meditação de Concentração na Nota-Chave "Tudo vai dar certo", treinados e praticados durante oito semanas subseqüentes. Estes dados são apresentados a partir da percepção de alterações no *stress*, classificados conforme seus aspectos físicos, emocionais e mentais.

6.2.1 Alterações no Quadro Geral Físico, Emocional e Mental

Por meio do questionário de Avaliação Individual sobre o Experimento, anexo K, pode-se investigar a percepção dos voluntários a respeito de possíveis melhorias nos aspectos físico, emocional e mental adquiridas com a meditação. O gráfico 55 apresentada, pode-se verificar que 76 % dos participantes responderam que não identificaram melhora nestes três aspectos enquanto que 14 % perceberam somente melhora física e 5 % obtiveram melhora só nos aspectos e optaram por melhora física e mental.

Gráfico 55 - A percepção de melhora nos Quadros Físico, Emocional e Mental

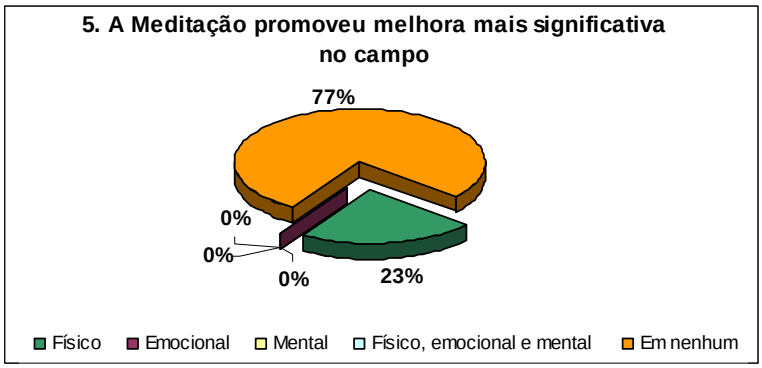


Fonte: Elaborado pelo autor

No entanto, quando questionados sobre o que melhorou, de modo mais significativo, com a prática de meditação, 77% dos voluntários declararam não obter

melhora nos aspectos físico, emocional e mental, ao passo que 23% escolheram apenas físicos, conforme gráfico 56.

Gráfico 56 - A percepção de melhora mais significativa

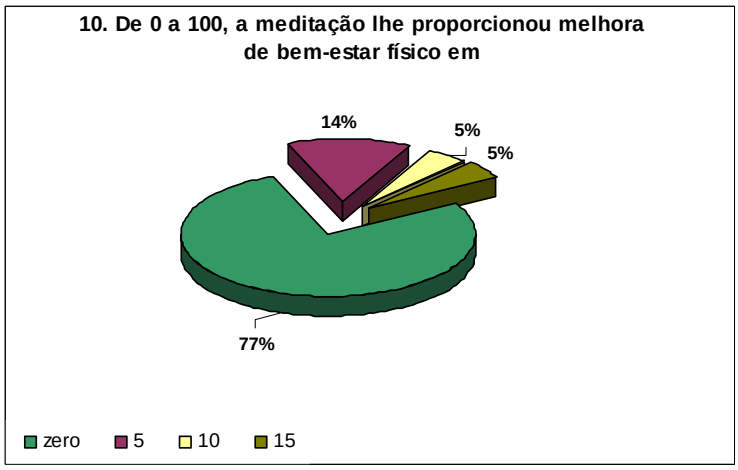


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.1.1 Alterações nos Aspectos Físicos

Procurando detalhar a percepção dos voluntários quanto aos benefícios promovidos pela prática diária de Meditação, pediu-se aos participantes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 para possível melhora nos aspectos físicos. Os relatos foram da seguinte ordem: 77% atribuíram 0 ponto, 33% definiram 10 pontos, 14% indicaram 5 pontos, 5% apontaram 10 e 15 pontos, segundo o gráfico 57.

Gráfico 57 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Físico



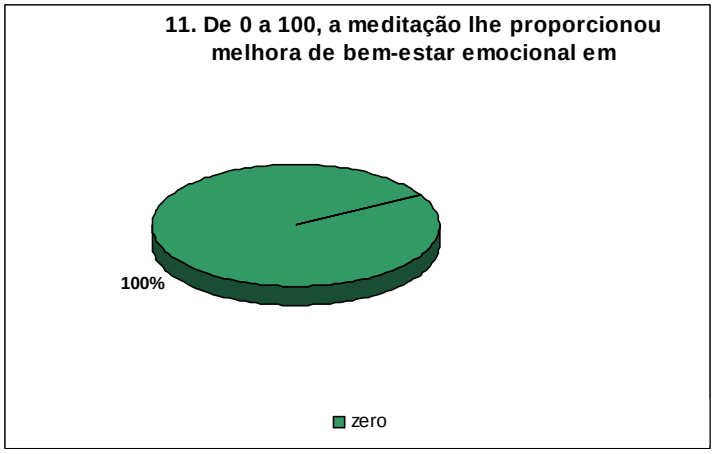
Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.1.2 Alterações nos Aspectos Emocionais

Do mesmo modo, ao pedir para atribuírem de 0 a 100 pontos para a melhoria nos aspectos emocionais obtidas com a prática diária de Meditação, obteve-se 100% de opção zero, conforme o gráfico 58.

.

Gráfico 58 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Emocional

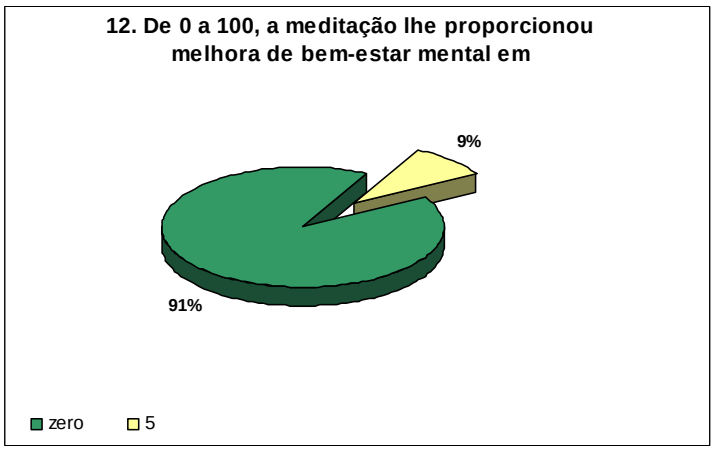


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.1.3 Alterações nos Aspectos Mentais

E quanto, a pontuação de 0 a 100 indicativa da melhora nos aspectos mentais, adquiridos com a prática diária de Meditação, solicitada aos voluntários obteve-se: 91% atribuíram 0 ponto e 9% definiram 5 pontos, segundo o gráfico 59.

Gráfico 59 - De 0 a 100 de alteração no Quadro Mental



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2 Sintomas do *Stress*, Ansiedade, Depressão e Pessimismo

Com a intenção de corroborar as mensurações objetivas das alterações na sintomatologia do *stress*, na ansiedade, na depressão e no pessimismo realizadas pelas quatro escalas de diagnóstico do *stress* utilizadas nesta pesquisa, os voluntários foram indagados quanto a sua percepção a respeito de alterações nos sintomas do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo.

6.2.2.1 Alterações no Quadro Geral dos Sintomas do *Stress*

Quanto à sintomatologia do *stress* sentida pelos voluntários questionada sob a perspectiva de melhora, identificou-se, do total de 22 participantes, 91% de relatos sobre a inexistência de melhora em contraparte a 9% que sentiram melhora, de acordo com o gráfico 60.

Gráfico 60 - A percepção de melhora nas sensações do *stress*



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.2 Percentual de Alteração do *Stress* proporcionado pela Meditação

A fim de compreender melhor a percepção dos voluntários quanto à melhora nas sensações do *stress* proporcionada pela prática diária de meditação, pediu-se aos participantes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 para esta redução. Os relatos, de acordo com o gráfico 61, foram da seguinte ordem do total de 22 participantes: 91% atribuíram 0 ponto 5% definiram 5 e 10 pontos.

Gráfico 61 - De 0 a 100 pontos de melhora no *stress*



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.3 Alterações Gerais dos Sintomas de Ansiedade

Já relativo à sensação de estar ansioso questionado aos voluntários quanto a uma possível melhora, obtendo-se, dos 22 voluntários, 100% repostas não, segundo o gráfico 62.

Gráfico 62 - A percepção de melhora na ansiedade

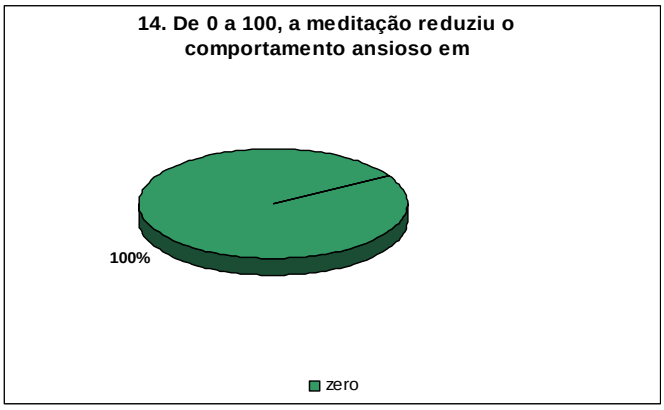


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.4 Percentual de Alteração da Ansiedade proporcionado pela Meditação

Para confirmar a percepção dos voluntários referentes melhora na ansiedade proporcionada pela prática diária de meditação, pediu-lhes para que atribuíssem pontos entre de 0 a 100, identificando-se 100% que atribuíram 0 ponto, de acordo como o gráfico 63.

Gráfico 63 - De 0 a 100 pontos de melhora na ansiedade



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.5 Alterações Gerais dos Sintomas de Depressão

Quanto à melhora no comportamento deprimido, adquirida com a prática de meditação, perguntou-se aos voluntários se havia modificado. Obteve-se, segundo o gráfico 64, como respostas de 100% de opção não.

Gráfico 64 - A percepção de melhora na depressão

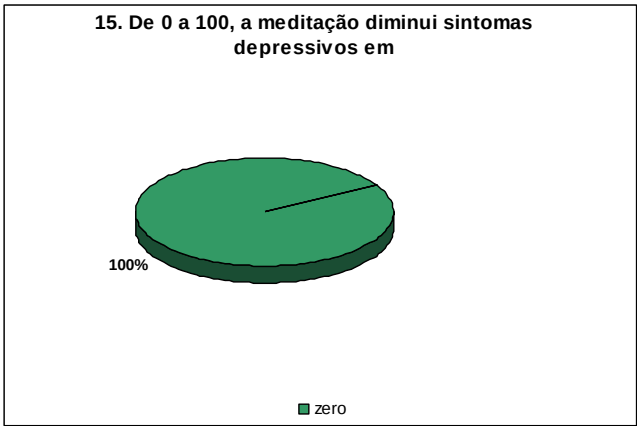


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.6 Percentual de Alteração da Depressão promovido pela Meditação

Para confirmar a resposta relativa à melhora na depressão percebida pelos voluntários, solicitou-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 para melhora percebida. De acordo com o gráfico 65, fora manifestado por 100%, 0 ponto.

Gráfico 65 - De 0 a 100 pontos de melhora na depressão



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.7 Alterações Gerais dos Sintomas de Pessimismo

Em relação a alterações no pessimismo produzidas pela prática de meditação, indagou-se aos voluntários se havia melhorado, obtendo-se 100% de respostas não, de um total de 22 participantes, segundo o gráfico 66.

Gráfico 66 - A percepção de melhora no pessimismo

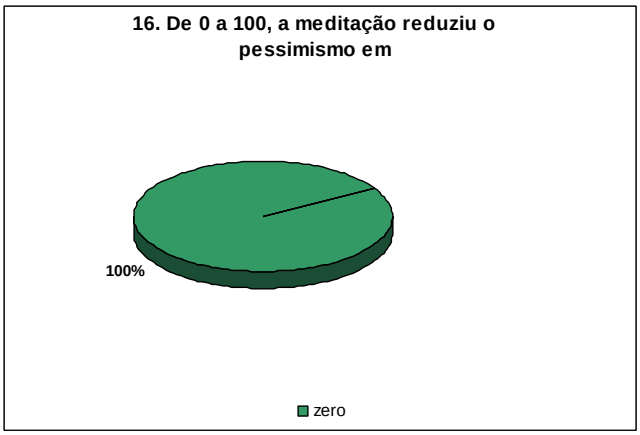


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.8 Percentual de Alteração do Pessimismo promovida pela Meditação

Para confirmar percepção dos participantes relativa ao pessimismo, solicitou-lhes que atribuíssem pontos entre de 0 a 100 caso esta tenha melhorado. Segundo o gráfico 67, fora manifestado por 100% 0 ponto.

Gráfico 67 - De 0 a 100 pontos de melhora no pessimismo



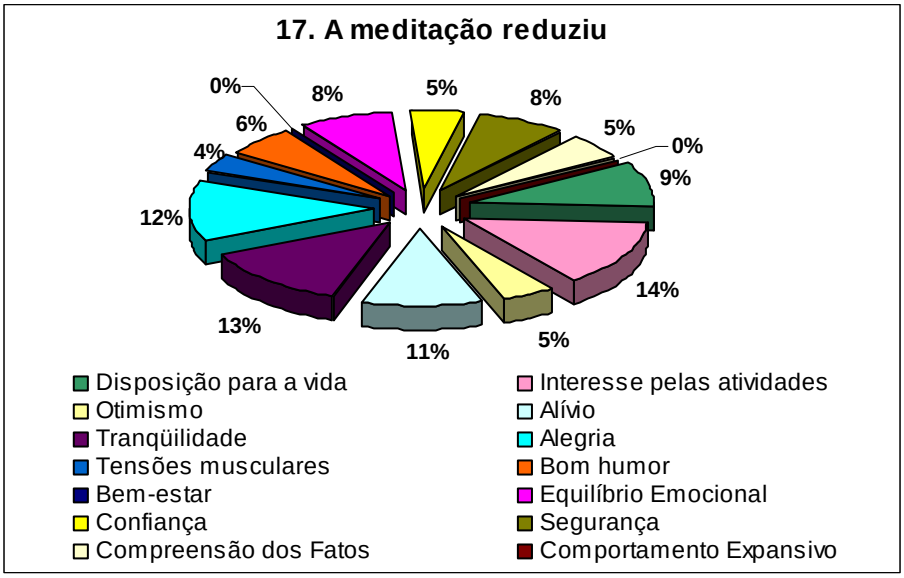
Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.9 Aspectos Psicológicos Melhorados pela Meditação de Concentração

Com o propósito de compreender, de modo mais profundo, a percepção de alterações psico-fisiológicas obtidas pelos voluntários com a prática diária de meditação, foi-lhes indagado o que havia sido reduzido.

Segundo o gráfico 68, dos 22 voluntários, 14% notaram diminuição no interesse pelas atividades, 13% perceberam decréscimo na sensação de tranqüilidade, 12% perceberam redução na alegria, 11% sentiram diminuição na sensação de alívio, 9% identificaram decréscimo na disposição para a vida, 8% manifestaram redução na sensação de segurança e de equilíbrio emocional, 6% observaram reduzir o bom humor, 5% relataram diminuição no otimismo e na confiança e 4% observaram diminuição nas tensões musculares.

Gráfico 68 - A percepção de modificações provocadas pela meditação



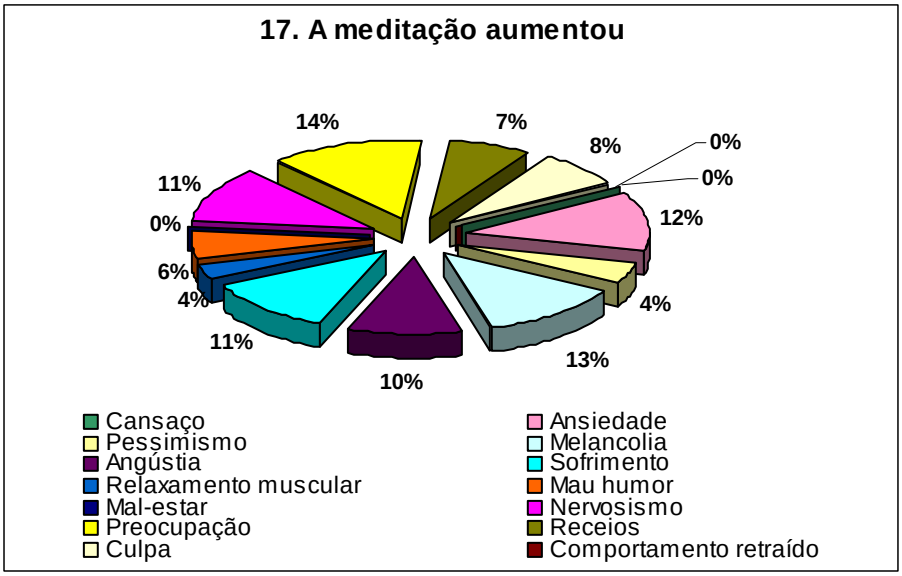
Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.10 Aspectos Psicológicos Agravados pela Meditação de Concentração

Ainda no sentido de maior compreensão sobre as mudanças proporcionadas aos voluntários pela prática diária de meditação, foi-lhes perguntado o que tinha sido aumentado.

Segundo o gráfico 69, dos 22 voluntários, 14% sentiram aumento na preocupação, 13% identificaram elevação na melancolia, 12% perceberam um acréscimo na ansiedade, 11% identificaram aumento no nervosismo e na presença de sofrimento, 10% manifestaram elevação na angústia, 8% relataram na sensação de culpa, 7% perceberam aumento de receios, 6% declararam maior mau humor e 4% identificaram acréscimo no relaxamento muscular e no pessimismo.

Gráfico 69 - A percepção de alterações provocadas pela meditação

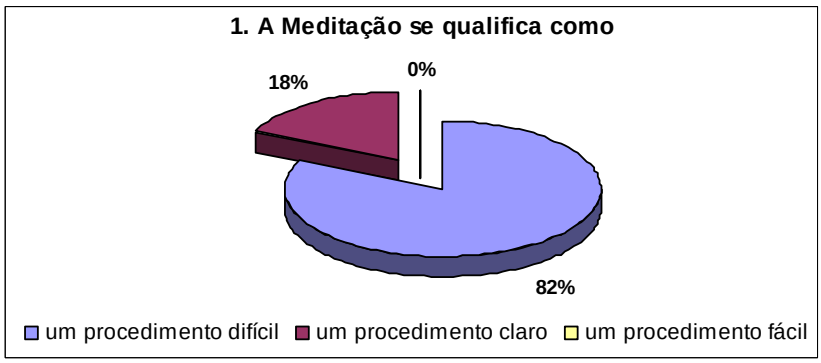


Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.11 Dificuldades com a Prática da Meditação Concentração

O entendimento dos voluntários sobre os processos executados durante a meditação, os qualificou como um procedimento difícil por 82% enquanto foi visto como um procedimento claro por 18%, já que ninguém o avaliou como um procedimento fácil, de acordo com o gráfico 70.

Gráfico 70 - Como os voluntários percebem os procedimentos da Meditação



Fonte: Elaborado pelo autor

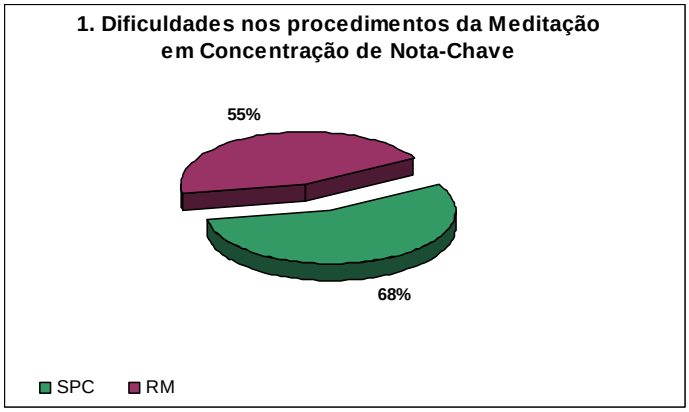
Esta qualificação atribuída pelos voluntários aos processos praticados em cada meditação espelha suas dificuldades que eram registradas no Semanário de Práticas Diárias de Meditação, anexo I, apresentadas pelos gráficos 71 a 78, relativos as oito semanas de treinamento em meditação de concentração em nota-chave proporcionado, pelo programa de redução do *stress,* ao grupo teste placebo (TP).

Primeira Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação da primeira semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 10 a 15 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), ou seja, numa posição confortável que permitia permanecer com a coluna vertebral ereta, a cabeça naturalmente erguida sem

forçar o pescoço, de olhos fechados com os braços levemente apoiados sobre as pernas e pés planos apoiados no chão e proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM), 68 % registraram dificuldades com o SPC enquanto 55 % apontaram dificuldades em desenvolver RM, dos 22 participantes, de acordo com o gráfico 71.

Gráfico 71 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 1ª semana treinamento

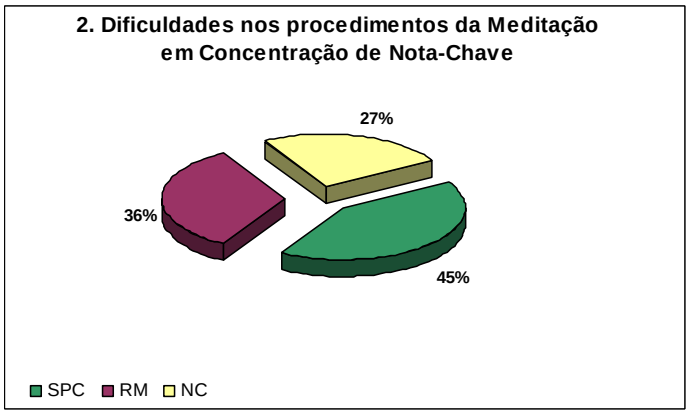


Fonte: Elaborado pelo autor

Segunda Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

Já no Semanário de Práticas Diárias de Meditação de Concentração em Nota-Chave da segunda semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 15 a 20 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM) e acrescentou a concentração na nota-chave "Tudo vai dar certo" (NC), segundo o gráfico 72, do total de 22 voluntários, 45% registraram dificuldades com o SPC, 36 % apontaram dificuldades em desenvolver RM e 27% relataram ser difícil executar NC.

Gráfico 72 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 2ª semana treinamento



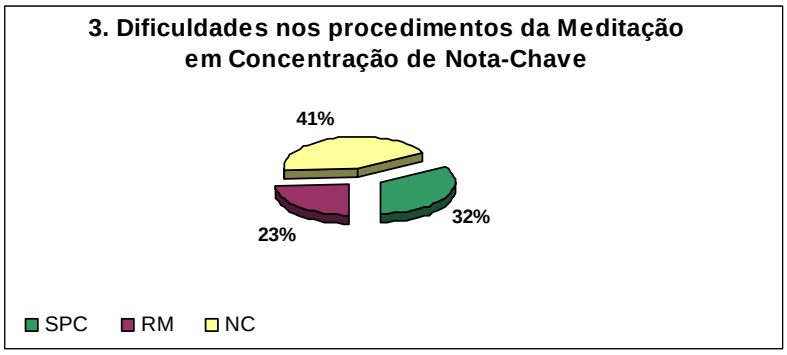
Fonte: Elaborado pelo autor

Terceira Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação em Concentração em Nota-Chave da terceira semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 20 a 25 minutos cada, para execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM) e acrescentou a concentração na nota-chave "Tudo vai dar certo" (NC), segundo o gráfico 73, do total de 22

voluntários, 32% registraram dificuldades com o SPC, 23% apontaram dificuldades em desenvolver RM e 41% relataram ser difícil executar NC.

Gráfico 73 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 3ª semana treinamento

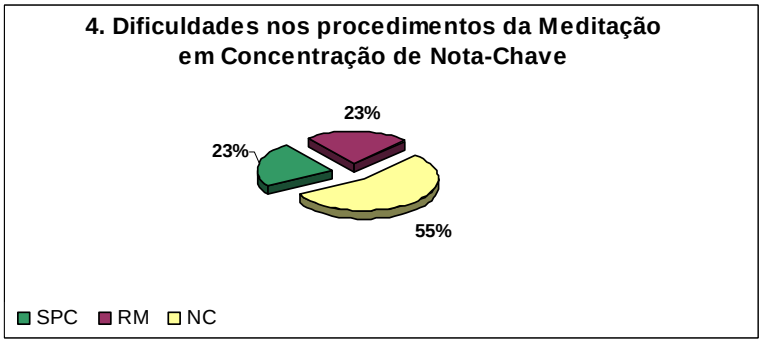


Fonte: Elaborado pelo autor

Quarta Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

No Semanário de Práticas Diárias de Meditação em Concentração em Nota-Chave da quarta semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, os procedimentos da técnica, já totalizados, exigiam a execução dos procedimentos iniciais de se manter sentados imóveis na posição correta (SPC), para proceder ao relaxamento de cada músculo do corpo (RM) e acrescentou a concentração na nota-chave "Tudo vai dar certo" (NC), segundo o gráfico 74, do total de 22 voluntários, 23% registraram dificuldades com o SPC, 23% apontaram dificuldades em desenvolver RM e 55% relataram ser difícil executar NC.

Gráfico 74 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 4ª semana treinamento



Fonte: Elaborado pelo autor

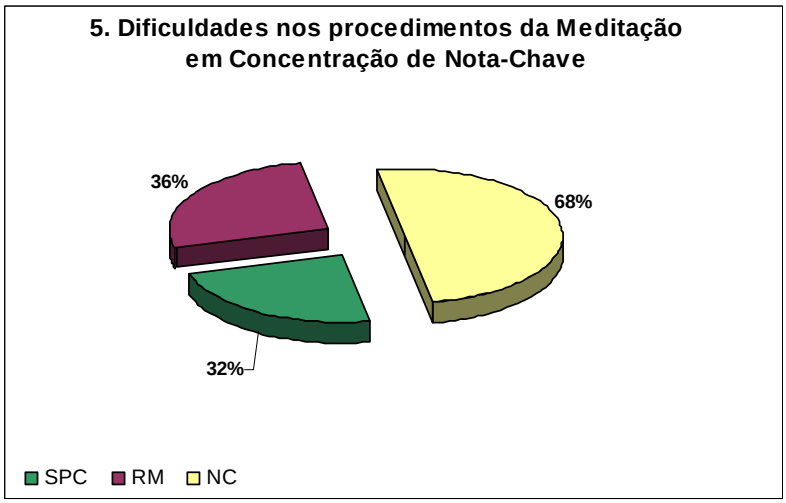
Nas quatro semanas subseqüentes a quarta semana, ou seja, a quinta, sexta, sétima e oitava semanas do programa em Meditação de Concentração em Nota-Chave para redução do *stress*, serão repetidos todos os procedimentos da prática meditativa treinados durante a quarta semana. Sendo assim, os semanários permitem o registro dos mesmos procedimentos, ou seja, não será acrescido qualquer novo elemento.

Quinta Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

Assim, no Semanário de Práticas Diárias de Meditação de Concentração da quinta semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM e NC,

de acordo com o gráfico 75, do total de 22 voluntários, 32 % registraram dificuldades com o SPC, 36 % em RM e em NC, 68 %.

Gráfico 75 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 5ª semana treinamento

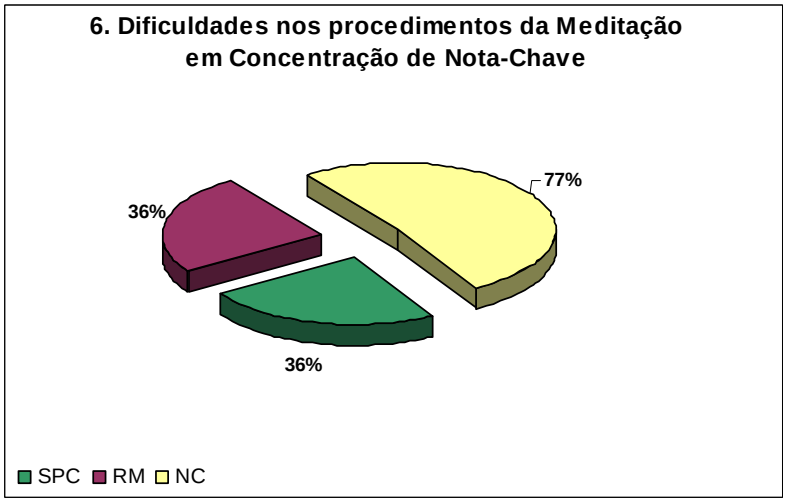


Fonte: Elaborado pelo autor

Sexta Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

Já no Semanário de Práticas Diárias de Meditação de Concentração da sexta semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM e NC, de acordo com o gráfico 76, do total de 22 voluntários, 36 % registraram dificuldades com o SPC, 36 % em RM e 77 % em NC.

Gráfico 76 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 6ª semana treinamento

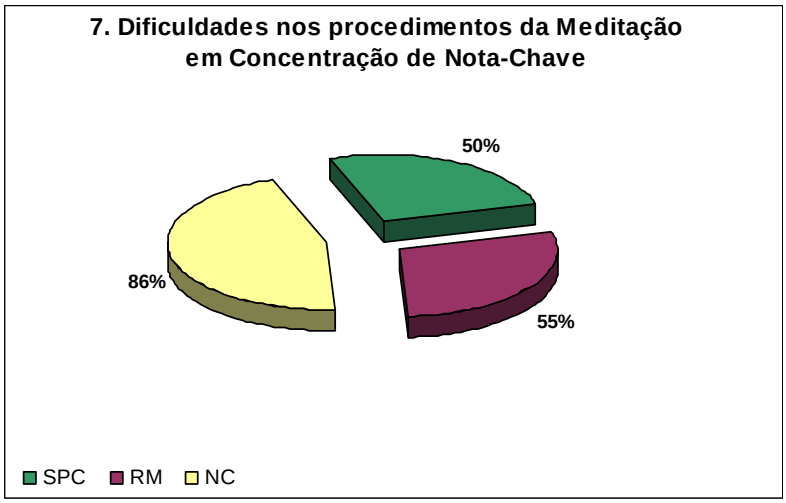


Fonte: Elaborado pelo autor

Sétima Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

Quanto ao Semanário de Práticas Diárias de Meditação de Concentração da sétima semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM e NC, de acordo com o gráfico 77, do total de 22 voluntários, 50 % registraram dificuldades com o SPC, 55 % em RM e 86 % em NC.

Gráfico 77 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 7ª semana treinamento

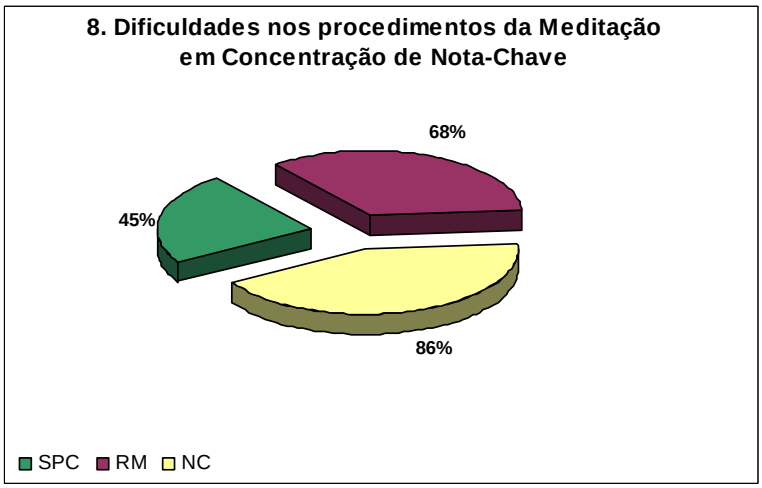


Fonte: Elaborado pelo autor

Oitava Semana de Treinamento em Meditação de Concentração

E no Semanário de Práticas Diárias de Meditação de Concentração da oitava semana de treinamento em meditação que, requeria duas práticas diárias de meditação com duração média de 25 minutos cada, para a execução de SPC, RM e NC, de acordo com o gráfico 78, do total de 22 voluntários, 45% registraram dificuldades com o SPC, 68 % em RM e 86 % em NC.

Gráfico 78 - Dificuldades com a Meditação de Concentração na 8ª semana treinamento

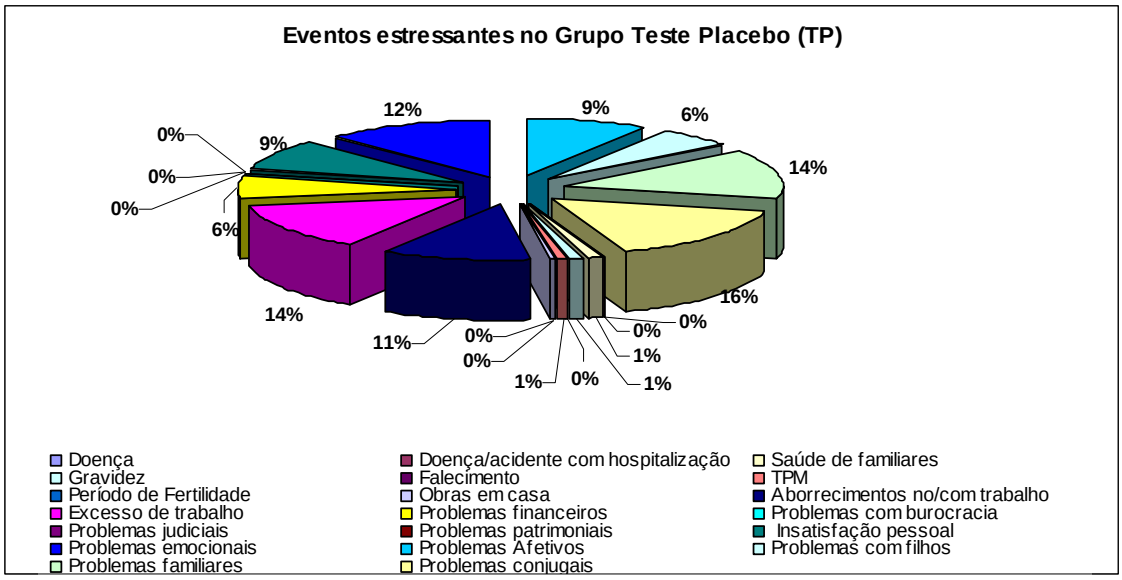


Fonte: Elaborado pelo autor

Deste modo, pode-se identificar que à medida que o treinamento em Meditação de Concentração em Nota-Chave avança no programa de oito semanas, os voluntários apresentaram um percentual maior de dificuldades na execução dos procedimentos da técnica, sendo estas crescentes, inclusive nos procedimentos iniciais da técnica.

É importante ressaltar que os desdobramentos das dificuldades apresentadas pelos voluntários nas oito semanas do programa de Meditação de Concentração em Nota-Chave para redução do *stress*, provavelmente têm relação direta com os eventos estressantes vivenciados e registrados nos Semanários de Práticas Diárias de Meditação de Concentração que são apresentados de modo sintético no gráfico 79.

Gráfico 79 - Natureza dos Eventos Estressantes vivenciados durante o Experimento



Fonte: Elaborado pelo autor

No gráfico 79 acima, é possível perceber que do total de 22 voluntário, 16% durante o experimento sentiram-se e*stress*ados com problemas na saúde de familiares, enquanto 14% enfrentaram problemas familiares e com o excesso de trabalho, 12% vivenciaram *stress* devido ao seu período de fertilidade, 11% sentiram-se e*stress*ados por causa de aborrecimentos no/com trabalho, 9% ressaltaram terem sentido *stress* devido a insatisfação pessoal e a problemas com a burocracia brasileira, 6% encararam dificuldades financeiras e problemas com os filhos e 1% evidenciaram eventos estressantes associados a doença/acidente com hospitalização, a obras em casa e a gravidez entre outros.

Os Semanários de Práticas Diárias de Meditação de Concentração, anexo I, também exigiam que os voluntários expressassem como se sentiam antes e depois de cada prática meditativa, proporcionando um espaço reflexivo sobre seu bem-estar bem como sobre suas experiências durante a meditação, que de modo sintético são apresentados no quadro 7.

Quanto aos relatos dos voluntários referentes às experiências vivenciadas durante as práticas de Meditação de Concentração em Nota-Chave e referentes ao seu bem-estar antes e após estas, verifica-se, segundo o quadro 7, experiências desagradáveis que apontam para um comportamento mais confuso e desequilibrado ao qual é possível qualificar como uma diminuição no bem-estar subjetivo do indivíduo possivelmente associado à elevação das tensões internas proporcionando aumento no *stress*.

Este diminuição do bem-estar dos voluntários do grupo placebo (TP) relatado durante o programa de Meditação de Concentração em Nota-Chave corrobora os dados objetivos avaliados pelas quatro escalas de avaliação do *stress*, que não comprovam a hipótese secundária desta pesquisa de que quaisquer elementos de crença, implícitos na meditação, possam proporcionar redução do *stress*.

Quadro 7 - Depoimentos sobre as experiências com a Meditação de Concentração

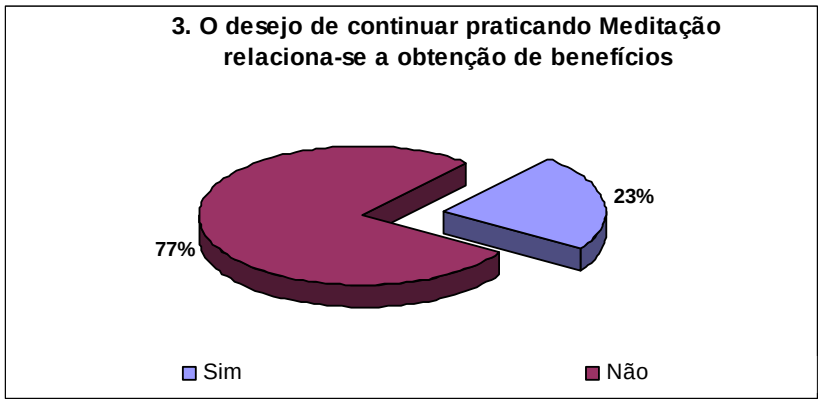
Vol.	Síntese dos Depoimentos
TTPO	Comecei a me sentir frustrado à medida que me concentrava na nota-chave em cada prática de meditação porque os fatos cotidianos não mudavam, apesar de conseguir estar com meus músculos relaxados.
SGCD	Nas primeiras semanas senti um grande entusiasmo, parecia que tudo simplesmente iria se acertar. À medida que as semanas passaram e nada mudava, comecei a me sentir decepcionado.
NGSN	Toda a prática meditativa me deixava profundamente reflexivo, pois eu precisava descobrir onde estava errando para que pudesse corrigir. Acabei por me sentir profundamente culpado.
JPJA	No inicio do programa de meditação parecia tudo muito fácil, pois conseguia ficar sentado, relaxar o corpo e me concentrar na nota-chave, o momento que me causava conforto. Mas, a partir da terceira semana, meditar se tornou um sacrifício, pois a medida que me concentrava na nota-chave percebia o quanto meu cotidiano estava repleto de desgraça.
NDS	O relaxamento muscular era intenso, apesar do saltitar de pensamentos desagradáveis que sobressaíam a minha mente quando buscava a concentração na nota-chave. Parecia que quanto mais eu colocava a nota-chave diante de meus olhos mais acontecimentos contrários a esta surgiam a minha frente.
LAS	Comecei bem, relaxava e até me convencia de que tudo ia dar certo. A partir da segunda semana permanecer meditando era uma luta comigo mesmo, pois eu queria era fugir daquela situação de infindáveis lembranças de insucesso.
ICGS	Relaxado e mais confiante, apesar de se tornar desgastante me manter por 25 minutos deste modo, pois surgia diante de meus olhos as imagens de situações sofríeis vivenciadas recentemente.
SCLC	Os primeiros dez minutos eram saborosos, já que me sentia esperançosa. Mas os 15 minutos finais eram de muito confronto e conflito com as lembranças que inundavam minha cabeça.
TOS	Muito mais relaxado ficava meu corpo, embora minha mente se tornasse muito mais acelerado com tantos episódios ruins que surgiam associados ao meu esforço de concentração na nota-chave.
ID	Passei a me preocupar mais, pois sentia-me ansioso quando inicia a meditação por querer controlar o turbilhão de pensamentos que surgiam a medida que eu buscava me concentrar na nota-chave. Sempre que terminava me sentia triste pois tinha a certeza que não tinha dominado a situação.
VBS	O corpo relaxava, mas a mente se tumultuava. E eu me sentia atordoado.
RCTS	Passei a recear as práticas de meditação, pois não queria voltar a sentir a frustração por assistir tantos fatos que pareciam querer me convencer de que tudo não daria certo a medida que eu me concentrava na nota-chave.
EFNC	Que luta conseguir praticar a meditação, não sabia que era tão sofrível e angustiante me concentrar na nota-chave. Me sinto culpado e triste.
MMF	Parece que as dificuldades tornaram-se mais evidentes, pois a cada meditação elas surgiam aos montes a medida que eu me forçava a ver a nota-chave. Comecei a me sentir mais pessimista.
JMR	Uma confusão só está a minha cabeça e o meu coração, pois não consigo encontrar a nota-chave que tanto repito silenciosamente para mim mesma durante toda prática de meditação.
ACP	Nem relaxado me sinto. Só percebo o sofrimento toda vez que fecho o olho para me concentrar na nota-chave.
CNS	Enquanto eu montava uma linda paisagem que traduzia a nota-chave, minha memória arquitetava um grande cenário de catástrofes para me apresentar e eu me surpreendia com o que estava vendo. Nossa como sou maldoso.
MMN	Muito difícil esta meditação por exigir de mim coragem para enfrentar o que surgia repentinamente.
MC	A sensação é constrangedora frente ao conteúdo de minha mente a medida que eu repetia a nota-chave para mim mesma. Nem sei se eu relaxava pois fui me tornando ansiosa e desanimada a ponto de pensar em desistir disto.
VCSO	Puxa que sofrimento que é meditar, pois até agora só consigo me lembrar dos quadros de tristeza e sofrimento que vivi e não da nota-chave.
GPO	Acho que relaxava nos primeiros momentos da meditação, já que só consigo me lembrar dos conflitos que enfrento para me convencer de que tudo vai dar certo.
APSM	Tenho que melhorar muito para que consiga tornar presente em mim a nota-chave, pois o que se apresenta é o contrário a esta quando faço a meditação.

Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.2.12 Intenção de Continuidade da Prática de Meditação

Sendo assim, é possível perceber poucos benefícios relatados pelos 22 integrantes do grupo meditação (TP), adquiridos com a prática diária de Meditação em Concentração em Nota-Chave, que segundo o gráfico 80, embasam 77% dos voluntários não desejarem continuar com esta prática enquanto que 23%, ou seja, apenas 5 integrantes pretendem continuar a meditar.

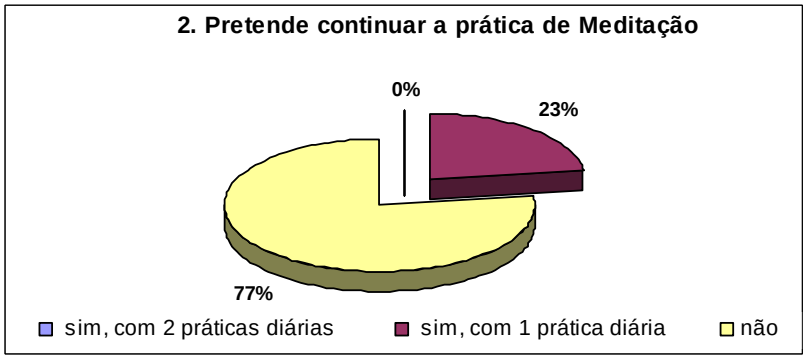
Gráfico 80 - Número de voluntários que desejam continuar a prática de Meditação



Fonte: Elaborado pelo autor

Todos os 23% de voluntários que pretendem continuar com a prática diária de Meditação de Concentração, passarão a realizar apenas uma meditação por dia, conforme o gráfico 81, não tendo sido identificado voluntários interessados em continuar realizando duas práticas diárias de meditação.

Gráfico 81 - O modo da prática continuada de Meditação desejado



Fonte: Elaborado pelo autor

6.3 Discussão sobre os Resultados do Experimento

O experimento realizado teve por objetivo principal executar investigações sobre os benefícios específicos inerentes à prática exclusiva da meditação *Vipassana (Mindfulness)* para redução do *stress*. Neste sentido esta pesquisa se concentrou em manter os mesmos protocolos dos programas MBSR, porém dispensando toda e qualquer outra ferramenta terapêutica que compõe o conjunto deste programa, visando assim, o conhecimento de seu potencial exclusivo.

Os dados avaliados no grupo teste meditação (TM) em comparação aos resultados destas mesmas avaliações nos grupos testes placebo (TP) e educativo (TE) apresentou fortes evidências para a comprovação da hipótese desta pesquisa de que um programa intensivo de Meditação *Vipassana* reduz o *stress* em adultos saudáveis, segundo os critérios do DSM-IV, sugerindo-o como um tratamento clinicamente eficaz.

A característica mais marcante deste tipo de intervenção, que provavelmente, é um fator muito importante para redução do *stress*, é sua orientação direta ao *stress per si*, sendo útil a uma população bastante heterogênea, exatamente por concentrar-se no aprendizado necessário para se negociar de modo eficaz com o evento estressor por

meio da auto-observação e da auto-regulação dos processos intra-psíquicos e dos comportamentos exteriorizados.

A orientação do programa em Meditação *Vipassana* para a redução do *stress* engloba o elemento não específico entrelaçado as demandas contingenciais do indivíduo também interveniente nos diversos paradigmas balizadores dos procedimentos biomédicos, psiquiátricos e até mesmo da medicina comportamental que prescrevem, geralmente, um tratamento específico para um determinado distúrbio diagnosticado de modo mais preciso, embora sem considerar os elementos não específicos que intervêm neste. A abordagem baseada em Meditação *Vipassana*, por um lado, abarca a descoberta original de Hans Selye, sobre a existência de um significativo componente não específico, que interfere na saúde e na doença dos indivíduos, que fora definido como "resposta não específica do organismo para qualquer demanda". E de outro lado, complementa as abordagens tradicionais para tratamento clinico e terapêutico por se dirigir ao elemento não específico contido no distúrbio que não fora diagnosticado e considerado.

Neste sentido, este programa de redução do *stress* adota o treinamento em Meditação *Vipassana*, por estar voltado aos aspectos comuns da vivência humana que se manifestam de modo não específico e que intervêm na percepção da transitoriedade dos fenômenos mentais e portanto, atrapalham o envolvimento com a perspicaz investigação da concretização dos hábitos do ego, estimulando-o a re-aprender e conduzindo-o para visão desvelada profunda e sustentável, também demandada a uma existência menos estressante.

Os aspectos não específicos comuns no cotidiano humano vão desde a identificação da existência de um grande sofrimento até a sensação de que algo está fora de controle em suas vidas, traduzidos na necessidade de mudança imediata plenamente convergentes aos pressupostos da Meditação *Vipassana*, adotada como instrumento a redução do *stress*.

Sendo assim, o programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, ofereceu aos voluntários, durante a entrevista pré-teste, a possibilidade de assumirem um desafio que permite a cada um fazer algo por si mesmo, levando-os a compreenderem que este programa exigiria mudanças nos seus hábitos diários, principalmente por requerer duas práticas diárias de meditação como pré-requisito.

Além do mais, este programa tem por pressuposto que todos as pessoas que assumem o compromisso de realizar as duas práticas diárias de Meditação *Vipassana* estão aptas a desenvolver e a se aprofundar no que se acredita ser o elemento mais importante para o alcance da auto-regulação dos estados fisiológicos e mentais de um indivíduo, que é o exercício da atenção regulada e concentrada, momento-a-momento, sem julgamentos – atenção plena -, aliada ao relaxamento do corpo e ao *Insight*, ou seja, percepção do objeto como ele realmente é, podendo chegar a ser este objeto, o próprio indivíduo.

Os resultados objetivos e subjetivos dos voluntários do grupo teste meditação (TM) mostram que o engajamento em adquirir e em manter (*Mindfulness*) a atenção regulada, sem julgamentos, direcionada momento-a-momento a cada objeto observável, sendo este a própria respiração do indivíduo, as sensações de seu corpo, seus pensamentos e sentimentos, possibilitada pelas práticas diárias de Meditação *Vipassana*, é algo que verdadeiramente todos os praticantes foram capazes de realizar e de se motivar a continuar realizando, uma vez que as dificuldades com os procedimentos desta técnica meditativa foram se reduzindo à medida que o programa avançava.

Além do mais, o cultivo desta postura com a atenção parece ter estado, diretamente relacionada na maioria dos participantes, a experiências interiores, já que

muitos relataram em seus Semanários de Práticas Diárias de Meditação, sintetizada no quadro 6, se perceberem mais introspectivos, mais reflexivos, tendo uma percepção mais clara das coisas tanto quanto uma maior compreensão de seu próprio processo mental, por vezes de si mesmo, chegando até a se sentirem mais satisfeitos consigo mesmo. Neste sentido, parece que a Meditação *Vipassana* serviu para unificar os diversos antecedentes e experiências dos voluntários num conjunto, que lhes fora traduzido, como melhor, mais equilibrado e satisfatório.

Então, o programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress* está orientado em direção ao que é "verdadeiro" a respeito da pessoa em si ao invés do que lhe é "falso" para consigo próprio, apontando para o ensinamento e reforço das capacidades inatas de relaxamento, de percepção, de discernimento e de mudança em seu comportamento. A ênfase neste programa está em encorajar cada indivíduo a explorar seus próprios recursos internos para seu próprio crescimento, para o conhecimento de si próprio e para sua cura, para então, sistematicamente cultivar a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento, em todos os aspectos de sua vida diária, incluindo aqueles momentos nos quais se confronta com os sintomas e problemas advindos do *stress*, também conhecidos como *distress*.

Do modo como o programa, em Meditação *Vipassana* para redução *stress*, intervém, sugere um valor terapêutico a abordagens de tratamento dirigidas à auto-regulação da atenção dirigida a elementos não específicos, continuamente, manifestos nos indivíduos, que se situam no centro dos processos mentais de percepção, de avaliação, de discernimento, de dês-identificação promotores da mudança comportamental e do enfrentamento, relevantes para o relacionamento da pessoa com aspectos específicos e não específicos da reatividade ao *stress*, que por vezes incluem a ansiedade, a depressão e o pessimismo.

Além do mais, o fundamento na experiência no presente-momento característica da atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento, pode abrandar ou reduzir o circuito de reação de luta ou fuga típica do sistema nervoso, particularmente em situações estressantes, as quais não se está adaptado que se confirma nos resultados obtidos no grupo teste meditação (TM) relativos a redução da sintomatologia do *stress* avaliado pelo Inventário de sintomas do *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) tanto quanto nas mensurações dos níveis de ansiedade, depressão e de pessimismo promovidos pela aplicação do Inventário Beck para Ansiedade (BAI), para depressão (BDI) e para o pessimismo (BHS).

A redução do *stress* proporcionada pela Meditação *Vipassana*, avaliado por meio do grupo meditação (TM), neste estudo foi de 73,30% de redução da sitomatologia psico-fisiológica do *stress*, de 54,98% na ansiedade, de 61,89% na depressão e de 40% no pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

Com relação ao *stress* avaliado no grupo placebdo (TP), a sitomatologia psico-fisiológica do *stress* apresentou aumento de 33,44%, já a ansiedade elevou em 50,90%, a depressão aumentou em 88,83% e o pessimismo acresceu em 77,92% no pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

E os resultados encontrados no grupo educativo (TE) apresentaram redução da sitomatologia psico-fisiológica do *stress* em apenas 2,98%, aumento de 25,49% na ansiedade, elevação em 12,39% de depressão e aumento de 26,90% no pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

Do mesmo modo, que os dados subjetivos dos voluntários do grupo TM mostraram que este programa de redução do *stress* se associa à obtenção de tranqüilidade, de objetividade e de estabilidade mental à medida que estas pessoas mostraram capacidade de responder as situações estressantes com grande eficácia ao

invés de reagir agravando-a, o que potencializa a sensação de perda de controle, já que os resultados objetivos e subjetivos permaneceram declinantes apesar de ter sido relatado a existência de eventos estressantes durante a participação destes neste experimento.

Também fora notório a descrição dos voluntários do grupo teste meditação (TM) de novos estados de ser, passíveis de um maior controle de si no cotidiano, que denotam uma relação de independência às reuniões semanais e a pesquisadora durante a participação no programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress*, que podem estar interligados as pausas dadas ao organismo para se re-equilibrar acrescidas da conscientização da existência de padrões de reatividade automatizados e embasados em experiências passadas e não nas características das situações do presente momento, proporcionadas pelas duas práticas meditativas diárias.

Isto, provavelmente, ocorre por serem os procedimentos da Meditação *Vipassana* capazes de chamar a atenção dos participantes para a possibilidade de não se identificarem com o que se viam envolvidos nas situações observadas, por serem estas produto dos pensamentos e de outras atividades mentais que, geralmente, atribuem colorido à experiência no presente momento não advinda do seu próprio fator gerador. Assim, encorajam os meditadores a adotarem a postura mais imparcial possível para se colocarem como testemunhas do que observam e a relatarem para si mesmo a experiência daquele indivíduo que se revela momento-a-momento, caracterizando-se por vezes de percepções engraçadas e errôneas.

Neste sentido, a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento adquirida por meio da prática diária de Meditação *Vipassana* parece atribuir a cada indivíduo o caminho de se libertar da reatividade automática, fundamentada em experiências passadas, que, freqüentemente atribui uma dose excessiva de auto-confiança a ponto de levar o indivíduo a acreditar que a redução para uma prática diária de meditação lhe permitirá superar os momentos estressantes, como o encontrado em metade dos voluntários do grupo teste meditação (TM) enquanto os procedimentos desta prática meditativa milenar pré-determinam duas práticas meditativas diárias e que fora abordado na entrevista pós-teste como uma das grandes dificuldades a continuidade da prática de meditação.

Ainda, é importante ressaltar que o treinamento em Meditação *Vipassana*, entendido como terapia cognitiva, se destina à reestruturação da percepção do conteúdo do processo mental a fim de alcançar um mais exato e adaptado relacionamento entre processo mental, estado dos sentimentos e ação, uma vez que as pessoas tornam-se mais conscientes da inexatidão, da sub-valorização de si, atribuída por certos pensamentos. A atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento na perspectiva da terapia cognitiva considera que a percepção e o pensamento se dirigem a emoção e ao comportamento e que se uma alteração no relacionamento do indivíduo com seu próprio processo mental ocorrer poderá mudar, profundamente, os padrões auto-destrutivos e mal adaptados.

Contudo, a abordagem em Meditação *Vipassana* não tenta substituir um padrão de pensamento por outro, como as formas terapêuticas convencionais, mas sim se baseia numa percepção direta das características intrínsecas do processo mental, que em geral, não é exato, e naturalmente é limitado e transitório, bastante evidente na percepção avaliada dos momentos estressantes. Assim, a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento se fundamenta proporcionalmente em percepção corpórea e em sensibilização cognitiva por des-identificação do objeto, promovidos pelos procedimentos de relaxamento do corpo, de concentração da atenção na respiração abdominal como âncora a observação dos pensamentos espontâneos presentes na mente

estabelecendo de modo breve uma relação de seu conteúdo aos acontecimentos previstos ou vividos seguidos do retorno da atenção à respiração abdominal, executados repetitivamente durante toda a meditação.

A abordagem meditativa no programa em Meditação *Vipassana* para redução do *stress* é compreendida pelos participantes como uma disciplina diária, significando que é para ser praticada independente de qualquer estado manifesto no indivíduo, já que a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento, é um caminho alternativo para se relacionar momento-a-momento com a experiência, tornando a meditação um "modo de ser" e não apenas uma "técnica" no estreito e usual sentido terapêutico de desenvolver estratégias de enfrentamento para um problema específico. Além do mais, a meditação se realiza num ambiente que não é o consultório psiquiátrico, na qual não existe qualquer tentativa sistemática de anulação de sentimentos, não requerendo quaisquer habilidades de observação diferentes das inatas em cada indivíduo para desenvolver a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento do processo mental, sistematicamente, cultivadas pelas duas práticas diárias de meditação.

Deste modo, o treinamento, na forma de programa em oito semanas, em Meditação *Vipassana* no contexto de redução do *stress*, pode ser capaz de fornecer a pessoas estressadas um conjunto de instrumentos, sem dependência a fármacos e a terapeutas, para alcançar o auto-gerenciamento eficaz dos níveis de *stress* ao longo do tempo, inclusive podendo substituir os tratamentos médicos e terapêuticos mais convencionais para o *stress*, conforme os dados analisados comparativamente entre os três grupos testes.

Deve-se ressaltar, que este estudo, limitou-se a avaliações do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo pela aplicação de escalas psicológicas de auto-relato, não contando com avaliações obtidas por meio de exames clínicos laboratoriais e nem neurofuncionais. Também, esta pesquisa contou com um número reduzido de participantes em cada grupo teste, não podendo assim, predizer a eficácia do programa de redução do *stress* baseado em Meditação *Vipassana* em grande escala, embora tenha apresentado redução do *stress*, significativa clinica e estatisticamente, proporcionada aos voluntários do grupo teste meditação (TM) em contrapartida ao agravamento do *stress* produzido no grupo placebo (TP) e a não alteração do quadro de *stress* ocorrida no grupo educativo (TE), confirmados pelos relatos subjetivos dos integrantes de cada um destes grupos testes.

7. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dado o crescente número de pessoas acometidas pelo *distress*, figura 11, seja este provocado por fatores sociais, psíquicos ou fisiológicos conseqüentes do intenso dinamismo do convívio em uma sociedade globalizada, temporal e midiática, como a atual, torna-se evidente a necessidade de se concentrar esforços na busca de novos meios de reduzir os níveis de *stress* e assim proporcionar melhoria no bem-estar dos indivíduos. Desde então, tem-se destacado entre os pesquisadores a busca por métodos de intervenção clínica e terapêutica que integrem a sintomatologia não específica, a específica, conforme chamava a atenção Hans Selye no início do século passado.

Os aspectos não específicos comuns no cotidiano humano vão desde a identificação da existência de um grande sofrimento até a sensação de que algo está fora de controle em suas vidas, traduzidos na necessidade de mudança imediata, enquanto a sintomatologia específica é aquela diagnosticada pela saúde física e mental.

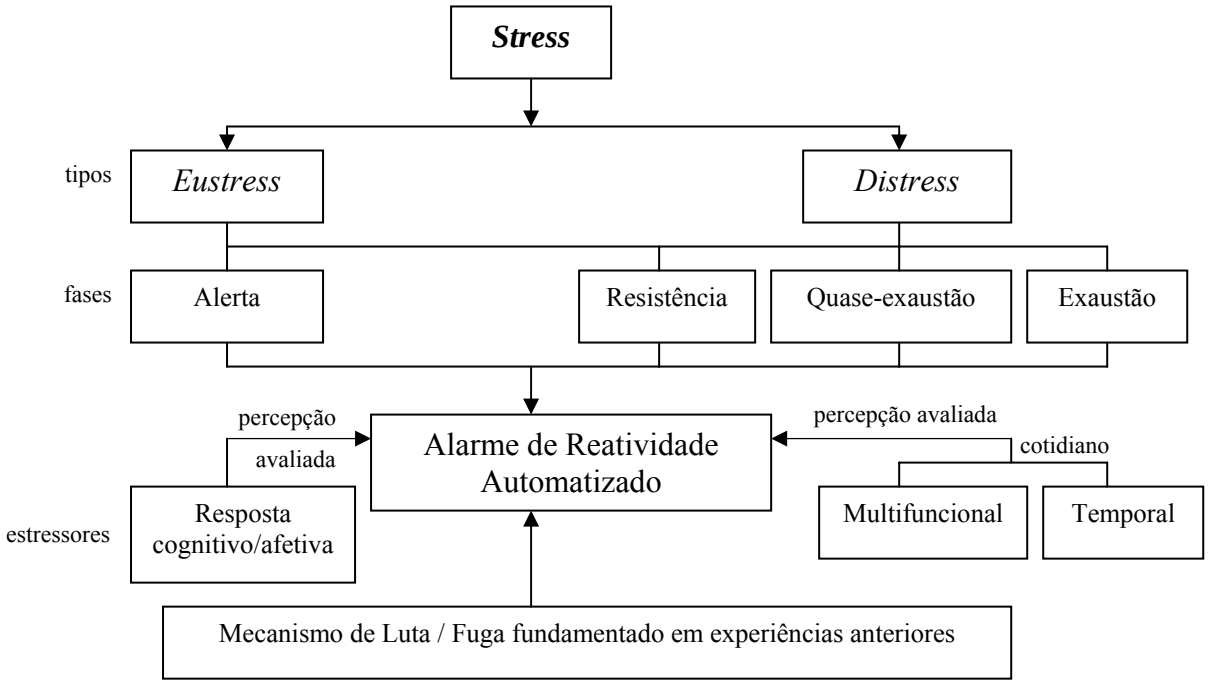


Figura 11 – Mecanismo de Manifestação do Stress nos Indivíduos do Século XXI
Fonte: Elaborado pelo autor

Em consonância a esta preocupação, muitos estudos na saúde passaram a se fundamentar na abordagem mente/corpo assim como buscaram extrapolar as fronteiras culturais a fim de investigar a aplicabilidade no ocidente de diversas técnicas descritas na medicina e na filosofia milenar oriental. Deste modo, tornou-se uma corrente na pesquisa ocidental, nos últimos cinqüenta anos, aquela voltada à aplicação da meditação, inicialmente, em diversas variedades de distúrbios físicos e mentais, para então, aderir aos estudos sobre *stress*, que mais recentemente, consolidaram-se com o desenvolvimento de programas de redução do *stress* baseados em Meditação *Mindfulness* (MBSR).

Por partilhar as percepções de Hans Selye, dos novos cursos adotados pelas pesquisas em saúde nas últimas décadas, e por identificar o proeminente crescimento das tensões psico-sociais na atualidade, este estudo se concentrou na investigação da redução do *stress* proporcionada, única e exclusivamente, pela Meditação *Vipassana* (em Sânscrito, traduzida para o inglês como *Mindfulness*), uma vez que esta técnica

meditativa integra os atuais programas ocidentais para a redução do *stress* baseados em meditação, e por ser a prática meditativa analítica, segundo a filosofia milenar oriental, aquela que promove a libertação completa (*nirvana*) dos impulsos habituais e da ignorância fundamental, que é o potencial de todo ser sensível (*tatagathagarbha*) e o propósito de vida destes a se efetivar, figura 12.

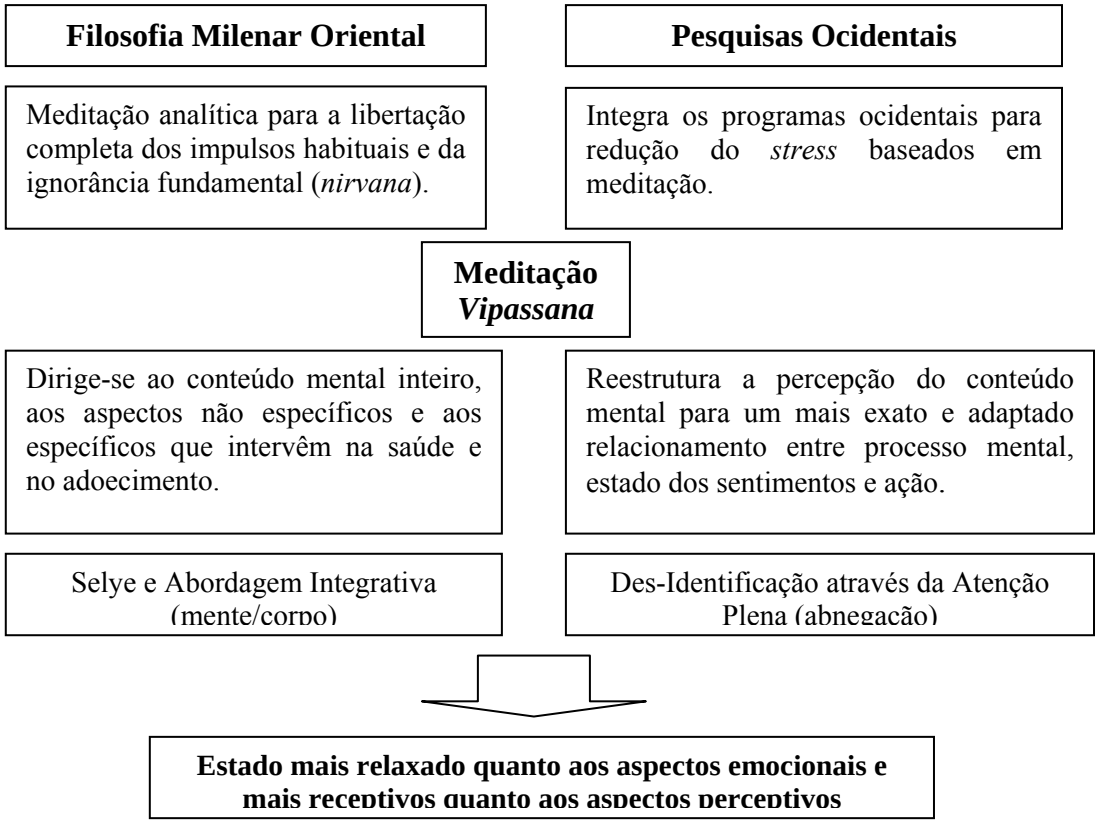


Figura 12 – Multiperspectivas da Meditação *Vipassana*
Fonte: Elaborado pelo autor

O desenvolvimento desta pesquisa se deu em três aspectos fundamentais. O primeiro dedicado à revisão da literatura sobre o *stress*, que permitiu a reflexão sobre suas contingências, passando pela atual controvérsia relativa a sua diagnose, chegando a identificação de sua prevalência, tanto quanto sua principal característica, o mecanismo de luta/fuga automatizado e fundamentado nas experiências passadas do indivíduo, disponibilizado pelo organismo humano como instrumento de defesa ao estilo de vida cotidiano temporal que requer atuação multifuncional, sobrecarregando e desgastando o corpo e a mente a ponto de facilmente promover seu colapso. Este mecanismo, por ter se tornado automatizado, tem sido evidenciado pelas pesquisas, não como instrumento de proteção do indivíduo, mas sim como um fator estressor, só que de origem interna.

Já o segundo aspecto trabalhado por este estudo, tratou de uma revisão da literatura voltada à integração das abordagens terapêuticas para a redução do *stress* baseadas em meditação estudadas no ocidente com a filosofia milenar oriental, procurando fornecer multi-perspectivas relativas à teoria, a aplicabilidade e aos seus efeitos. Este esforço permitiu dar atenção à importância de se respeitar o conhecimento e a aplicabilidade da meditação, conforme tratada pela psicologia Budista, como um válido e coerente sistema terapêutico auto-suficiente, ao invés de ser explorado (apenas) para fins de extração de elementos aptos a integrarem as abordagens terapêuticas ocidentais. Limitação esta, já mencionada nos estudos de Loizzo e Blackhall (1998).

Além disto, esta revisão integrada da literatura a cerca da meditação, apontou que a investigação sobre Meditação *Mindfulness* Budista, ou seja, *Vipassana*, dentro de seu contexto original, chama a atenção para a importância de se desregular os hábitos do *Self*, ou seja, os automatismos vigentes no comportamento habitual do indivíduo (*atmagraha*). Esta advertência converge à noção central de abnegação, amplamente evidenciada nos estudos ocidentais sobre meditação por ser o meio para obtenção de respostas equilibradas às demandas cotidianas (Epstein, 2001; Loizzo, 2000).

Este levantamento bibliográfico, também permitiu se qualificar as pesquisas sobre Meditação *Mindfulness/Vipassana* como num estágio bastante inicial, necessitando de um maior rigor metodológico, já que existe um crescente consenso em torno de sua validade empírica a uma variedade de contextos clínicos, além deste método ser capaz de reunir e controlar diversos sintomas generalizados pelos indivíduos, num tempo adequado a relação de custo-benefício através de um contato amigável, também pode ser manipulado como um protocolo de tratamento e assim tornar-se uma promessa de intervenção clínica (Bishop, 2002; Goleman e Gurin, 1993).

Quanto à investigação dos efeitos proporcionados pela meditação, a revisão dos estudos neurocientíficos apontou a meditação como capaz de afetar o equilíbrio elétrico entre os hemisférios cerebrais por modular diferenças individuais na experiência afetiva a depender do tipo de meditação praticado.

Enquanto a Meditação de Concentração opera dominância do hemisfério direito, na Meditação *Insight* (Meditação *Mindfulness / Vipassana* avançada) ambos os lados do cérebro eram ativados simultaneamente, promovendo uma harmonia interna integral. Ao invés de trabalhar num modo dualístico com cada hemisfério atuando unilateralmente, a Meditação *Mindfulness* acessava funções associadas a cada um destes hemisférios. Isto parece plausível dado ao estado relaxado e alerta que esta prática meditativa se designa a cultivar para então, introduzir uma prolongada investigação analítica (atividade do hemisfério esquerdo) de afetos negativos e impulsos inconscientes habituais (associados à atividade do hemisfério direito) (LOIZZO 2002).

Assim, segundo Loizzo (2000), a Meditação *Mindfulness* pode afetar o padrão de dominância unilateral do hemisfério esquerdo, passando-o para uma ativação bilateral. Isto o capacitaria com as funções do hemisfério esquerdo, como as de capacitação analítica e de aprendizagem, para serem aplicadas ao processamento de experiências pré-verbais, de afetos negativos e de outros fenômenos inconscientes associados ao hemisfério direito.

Neste sentido, os acadêmicos contemporâneos (Goleman, 1988; Thurman, 1984), definiram *Mindfulness* – atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento – como uma atividade consciente que incluía a intuição e a direta compreensão da experiência sobre a realidade, em lugar de apenas capacidade intelectual, racional e cognitiva isoladas.

Do mesmo modo, sustentar *Mindfulness* passou a representar uma mudança do estado regular humano de hiper-reatividade para um estado mais relaxado quanto aos aspectos emocionais e mais receptivos aos aspectos perceptivos, podendo ser este novo estado útil às metas da psicoterapia por poder fornecer uma estrutura não defensiva da mente ao conduzir uma investigação sobre os sentimentos e memórias reprimidos, entre outros. Mais importante ainda é, que se a habilidade em *Mindfulness* fosse, ainda mais, desenvolvida poderia, eventualmente, modificar os padrões internos transformando-os numa consciência muito mais calma, des-automatizada e menos arraigada (B. A. WALLACE, 2005).

Então, a Meditação *Mindfulness / Vipassana* pode ajudar a construir pontes que dividem mente e cérebro por fornecer a tecnologia que altera estados mentais de

reatividade ao *stress* para o de tranqüilidade e estados afetivos de ansiedade para um mais saudável e mais agradável (DAVIDSON et al, 2003).

Além do mais, esta pesquisa teórica permitiu situar o processo de desenvolvimento dos estudos neurocientíficos sobre meditação que estão se apoiando na existência de algumas indicações sobre uma possibilidade de continuamente se estimular de modo positivo o cérebro ou de ser possível aperfeiçoar seu ambiente (Loizzo, 2000), considerando que o estado e os efeitos produzidos pela meditação podem educar o cérebro, capacitando-o a reter qualidades flexíveis e a promover a capacidade restauradora (Begley, 2004; Davidson, Jackson e Kalin, 2000).

Alguns estudos apresentam um ponto de vista no qual a Meditação *Mindfulness* acessa a denominada "resposta de experiência de amor crescente" no cérebro, que combate à resposta defensiva ao *stress* de luta ou fuga (Loizzo, 2000, 2006b). Enquanto outras pesquisas exploram a meditação como um catalisador de experiências, de modo similar, a livre-associação que permite uma reestruturação cognitiva, geralmente ligada à plasticidade neural (Delmonte, 1990b; Kabat-Zinn, 1992; Loizzo, 2000).

Portanto, a revisão da literatura sobre os efeitos da meditação permite supor que a meditação não é apenas útil na desativação da resposta ao *stress* durante uma situação de ativação aguda e, através disso, interrompe danos neurais futuros; mas também pode ter um papel crucial na reabilitação e na reparação do dano de longo prazo associado ao *stress* crônico e a sobrecarga alostática.

No entanto, a revisão da literatura ocidental sobre meditação integrada a filosofia milenar oriental mostra que o verdadeiro potencial da Meditação *Mindfulness / Vipassana* voltado ao enfraquecimento do egocentrismo, não tem sido compreendido e utilizado no contexto da saúde no ocidente, apesar da Meditação *Mindfulness* estar sendo aplicada na medicina e na psicologia através de programas de intervenção, por des-regular os padrões cognitivos / afetivos / comportamentais que causam sofrimento e tensionam a mente e o corpo do indivíduo.

Então, esta revisão integrada da literatura consolidou o desenvolvimento de um terceiro aspecto nesta pesquisa, que testou experimentalmente a capacidade da Meditação *Vipassana* de reduzir o *stress* por meio de um estudo comparado com três grupos teste: o de meditação (TM), o educativo (TE) e o placebo (TP).

Esta abordagem experimental permitiu identificar o potencial redutor do *stress* proporcionado pela Meditação *Vipassana*, tendo sido desenvolvido um estudo comparativo através de três programas intensivos distintos para adultos, saudáveis, brasileiros, que desconheciam quaisquer técnicas de meditação, aleatoriamente distribuídos nos três grupos teste, submetidos a avaliações pré-teste, semanais ao longo dos programas e pós-teste da sintomatologia do *stress* tanto quanto do seu quadro de ansiedade, depressão e pessimismo.

A redução do *stress* proporcionada pela Meditação *Vipassana*, avaliado por meio do grupo meditação (TM), neste estudo foi de 73,30% de redução da sitomatologia psico-fisiológica do *stress*, de 54,98% na ansiedade, de 61,89% na depressão e de 40% no pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

Com relação ao *stress* avaliado no grupo placebdo (TP), a sitomatologia psico-fisiológica do *stress* apresentou aumento de 33,44%, já a ansiedade elevou em 50,90%, a depressão aumentou em 88,83% e 77,92% de aumento do pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

E os resultados encontrados no grupo educativo (TE) apresentaram redução da sitomatologia psico-fisiológica do *stress* em apenas 2,98%, aumento de 25,49% na ansiedade, elevação em 12,39% de depressão e aumento de 26,90% no pessimismo, em relação ao estágio inicial da pesquisa.

Assim, o teste experimental da capacidade de reduzir o *stress* por meio da Meditação *Vipassana,* possibilitou identificar seus efeitos, de modo único e exclusivo, uma vez que, foram descartadas quaisquer alterações promovidas por processos de aprendizagem, contidos nesta prática meditativa, por serem as alterações obtidas no grupo teste meditação (TM), clinica e estatisticamente significativas, em comparação as encontradas no grupo teste educativo (TE), ao qual se desenvolveu um programa educativo sobre o *stress* e seus efeitos psicofisiológicos. Do mesmo modo, também foram desconsiderados os efeitos produzidos pelo estado de relaxamento do corpo e de qualquer elemento de crença, eventualmente, presente na prática de Meditação *Vipassana*, por diferirem de modo significativo, clinica e estatisticamente, os resultados obtidos no grupo TM em comparação ao do grupo teste placebo (TP), tendo sido este último submetido a um programa de treinamento em Meditação de Concentração em uma simples Nota-Chave, conforme costumeira expressão popular "Tudo vai dar certo".

Deste modo, a pesquisa experimental com Meditação *Vipassana* permitiu verificar o enfraquecimento do egocentricidade e a desregulamentação dos automatismos do *Self*, por desenvolver a habilidade em aplicar e manter (*Mindfulness*) a atenção plena, sem julgamentos, momento-a-momento aos objetos observáveis, promovendo a des-identificação de pensamentos, emoções e comportamentos associados, relatados pelos voluntários do grupo meditação (TM).

Estes voluntários ainda mostraram adaptabilidade da Meditação *Vipassana* ao estilo de vida atual do brasileiro iniciante em meditação, chegando até a elucidar melhorias no bem-estar mental, emocional e físico do indivíduo em relação ao contato consigo mesmo e em situações sociais, profissionais e familiares, caracterizada por diversas expressões subjetivas manifestadas durante o programa ao passo que também os acometia, novos eventos estressantes.

De modo geral, a presente pesquisa permitiu evidenciar que a abordagem em Meditação *Vipassana* para redução do *stress* é um método único com a capacidade terapêutica de transformar o corpo e a mente, favorecendo a uma resposta controlada e adaptada ao *stress* em detrimento da reatividade automática de luta ou fuga, diminuindo as chances de desenvolver enfermidades provocadas ou agravadas pelo *distress,* ao passo que pode ser capaz de fornecer a pessoas estressadas, um conjunto de instrumentos simples e de fácil aplicação, sem dependência a fármacos e a terapeutas, para manter o auto-gerenciamento eficaz dos níveis de *stress* ao longo do tempo.

Entretanto, este estudo, limitou-se a avaliações do *stress*, da ansiedade, da depressão e do pessimismo pela aplicação de escalas psicológicas de auto-relato, não contando com avaliações obtidas por meio de exames clínicos laboratoriais ou neurofuncionais. E também, esta pesquisa não pode predizer a eficácia do programa de redução do *stress* baseado em meditação *Vipassana* em grande escala, já que contou com um número reduzido de participantes em cada grupo teste, embora tenha identificado redução do *stress*, significativa clinica e estatisticamente, proporcionada aos voluntários do grupo teste meditação (TM) em contrapartida ao agravamento do *stress* produzido no grupo placebo (TP) e a não alteração do quadro de *stress* ocorrida no grupo educativo (TE), confirmados pelos relatos subjetivos dos integrantes de cada um destes grupos testes.

Como recomendação a estudos futuros, é sugerido o desenvolvimento de estudos em larga escala, com procedimentos metodológicos controlados e seguros, a fim de elucidar possíveis lacunas existentes no conhecimento científico atual, sobre os mecanismos causais, os benefícios potenciais e as limitações da aplicabilidade da Meditação *Vipassana*, conforme as recomendações da filosofia milenar oriental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADER, R. **Psychoneuroimmunology**. New York : Academy Press, 1981.

ALBRECHT, K. **O Gerente e o *Stress*.** Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**: DSM – IV – TR^{TM}. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

APA – AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Disponível em: www.apa.org. e consultado em junho/2008.

ARANTES, M. A. de A. C.; VIEIRA, M. J. F. ***Stress***. São Paulo: Casa do Psicólogo – Coleção Clínica Psicanalítica: 19 / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz, 2002.

ARROBA, T.; JAMES, K. **Pressão no trabalho: *stress* -** um guia de sobrevivência. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

AUSTIN, J.; BERMAN, B.; BAUSELL, B.; LEE,. W.; HOCHBERG, M.; FORYS, K.The eficacy of Mindfulness meditation plus Qigong moment therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. **Journal of Rheumatology**, v. 30, p. p. 2257-2262, 2003.

BAER, R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. **Clinical Psychological: Science and** Practice, v. 10, p. 125-143, 2003.

_____ ; SMITH, G. T.; ALLEN, K. B. Assessment of Mindfulness by *Self*-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. **Assessment**, v. 11, p. 191-206, 2004.

BANADONNA, R. Meditation´s impact on chronic illness. **Holistic Nurse** Pratitionner, v. 17, p. 309-319, 2003.

BANDURA, A. **A Social Leaning Theory.** Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977.

BARBER, T., WILSON, S. **Hypnosis, Suggestion and Altered States of Consciousness:** in biofeedback and *Self*-control. Chicago: Aldine-Atherton, 1978.

BARLOW, D. (Ed.) **Clinical handbook of psychological disorders**. New York, Guilford Press, 2001.

BARNES, V.A.; TREIBER, F.A.; TURNER, J.R.; DAVIS, H.; STRONG, W.B. Acute effects of transcendental meditation on hemodynamic functioning in middle-aged adults. **Psychosomatic Medicine**. V. 61, p.525-531, 1999.

BARROWS, K.; JACOBS, B. Mind-Body medicine. An introduction and review of the literature. **Medical Clinics of North America**, v. 86, n. 1, p. 11-31, 2002.

BENSON, H; WALLACE, R. Decreased drug abuse with transcendental meditation: a study of 1862 subjects. In: J. D. ZARAFONETIS (Rds.), **Drug abuse:** proceedings of the International Conference. Philadelphia: Lea and Febiger, p. 369-376, 1972

_____ ROSNER, B; MARZETTA, B. Decrease systolic blood pressure in hypertensive subjects who practice meditation. **Journal of Clinical Investigation**, v.52, p. 23-24, 1973

_____. **The Relaxation Response.** New York : Willian Morrow, 1975.

_____ Systematic hypertension and the relaxation response. **New England Journal of Medicine**, v. 296,p. 1152-1156, 1977.

_____. **Beyond the Relaxation Response.** New York : Time Books, 1984.

_____. **Your Maximum Mind.** New York : Random House, 1985.

BERESFORD, B. A. Resources and Strategies: how parents cope with the care of a disable child. **Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines**, v. 35, n. 1, p. 171-209, 1994.

BISHOP, S. R. What do we really know about Mindfulness-based *stress* reduction? **Psychosomatic** Medicine, v. 64, p. 71-84, 2002.

_____ LAU, M. A.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N. D.; CARMODY, J.; SEGAL, Z. V.; ABBEY, S.; SPECA, D.; VELTING, D.; DEVINS, G. *Mindfulness*: A proposed operational definition. Clinical Psychology: **Science and Practice**, v. 11, p. 230-241,2004.

BLOOMFIELD, H.H. Some observations on the uses of the transcendental meditation program in psychiatry. In: D.W. ORME-JOHNSON e J. T. FARROWS (Eds.) **Scientific research on the transcendental meditation program:** vol. 1. Collected papers. New York: M. E. R. U. Press, p. 605-622, 1977.

BIZZARRI, M. A. **A mente e o câncer**: um cientista explica como a mente sabe e pode enfrentar com sucesso a doença. (Trad.) Sonia Padalino, São Paulo: Summus, 2001.

BODHI, B. **A comprehensive manual of** Abhidharmma. Kandy, Sri Lanka: Buddhist Publication, 1993.

BOORNSTEIN, S. The use of biblioteraphy and Mindfulness meditation in a psychiatric setting. **Journal of the Transpersonal** Psychology, v. 15, p. 173-179, 1983.

BOUDREAU, L. Transcendental meditation and yoga as reciprocal inhibitors. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology,** v. 3, n. 2, p. 97-98, 1972

BRADWEJN, J.; DOWDALL, M.; INY, J. Can East and West meet in psychoanalysis: **American Journal of Psychiatry,** v. 142, p.1226-1227, 1985.

BRANDÃO, M. L.; VIANNA, D. M.; MASSON, S. *et al*. Organização neural de diferentes tipos de medo e suas implicações na ansiedade. **Revista Brasileira de. Psiquiatria**, vol. 25, supl. 2, p.36-41, dezembro, 2003.

BROWN, G. W.; BIFULCO, A.; HARRIS, T. O. Life events, vulnerability and on set of depression. Some Refinements. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 30-42, 1987.

BROWN, K.; RYAN, R. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychological**, v. 84, p. 822-848, 2003.

BUDDHAGOSHA, B. **The path of purification (*Visuddhimagga*)** (Nanamoli Trad.) Kandy, Sri Lanka: Buddhist Publication Society, 1991.

BUCKNELL, R.; KANG, C. **The meditative way:** readings in the theory and practive of Buddhist meditation. Surrey, England: T. J. Press, 1997.

CAHN, B. R.; POLICH, J. Meditation States and Traits: EEG, ERP and Neuroimaging Studies. **Psychological Bulletin**, v. 132, n. 2, p. 180-211, 2006.

CALAIS, S. L; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de *Stress* em Adultos Jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, N.2, p. 257-263, 2003.

CAMPOS, L. F. L.; ROCHA, R. L.; CAMPOS, P. R.; OLIVEIRA, E. G. *Stress* em estudantes universitários: Um estudo longitudinal. **Psicologia Argumento**, v.14, p.83-109, 1996.

CARDOSO, R.D.; SOUZA, E.; CAMANO, L.; LEITE, J.R. Meditation in Health: an Operation Definition. **Brain Research Protocols**, v. 14, p. 58-60, 2004.

CARDOSO, R. **Medicina e Meditação**: Um médico ensina a meditar. São Paulo: MG Editores, 2005.

CARPENTER, J. T. Meditation, esoteric traditions: contributions to psychotherapy. **American Journal of Psychoterapy**, v. v. 31, p.394-404, 1977.

CARRINGTON, P. **Freedom in meditation**. Garden City, NY: Doubleay-Anchor, 1977.

CASTILLO-RICHMOND, A.; SCHNEIDER, R.H.; ALEXANDER, C.N.; COOK, R.; MYERS, H.; NIDICH, S.; HANEY, C.; RAINFORTH, M.; SALERNO, J. Effects of *stress* reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive african americans. **Stroke**. v.31; p.568-573, 2000.

CHANLAT, J. F. La Production Sociale de la Maladie. **Tese** de doutorado da Université du Montreal, Departament de Sociologie, Montreal, 1985.

CHARNEY D, DEUTCH A, KRYSTAL J, SOUTHWICK SM, DAVIS M. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic *stress* disorder. **Archive General of Psychiatric**, v. 50, p. 295-305, 1993.

CHROUSOS GP, GOLD PW. The concepts of *stress* and *stress* system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. JAMA - **Journal of the American Medical Association**, v. 267, p. 1244-1252, 1992.

CID-10.**Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/cid.php Consultado em agos/2006.

CLAXTON, G. **Beyond Therapy:** The impacto of Eastern religions on psychological theory and practice. York Beach, ME: Samuel Wieser, 1986.

CUMMINS, R. C. Job *stress* and the buffering effect of supervisory support. **Group and Organization Studies**, v.15, n.1, p.92-104, Mar 1990.

CUNHA, J. A. Generalidades sobre a versão brasileira do BDI, BAI, BHS e BSI. **Anais** do 7º Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos. 1º Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica. Porto Alegre, 135-9, 1997.

CUNHA, J. A. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

_____. Estudos dos pontos de corte do BDI e BAI na versão em português. **Anais** do 8º Congresso Nacional de Avaliação Psicológica. Poster 78, Porto Alegre, 1999.

_____. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CUNNINGHAM, C. Effects of transcendental meditation on symptoms and electrocardiographic changes in patients with cardiac syndrome X. **American Journal of Cardiology**. v.85, p. 653-655, 2000.

DAVIDSON, R. J.; HARRINGTON, A. **Visions of compassion**. New York: Oxford University Press, 2001.

_____; KABAT-ZINN, J.; SCHUMACHER, J.; ROSENBRANZ, M.; MULLER, D.; SANTORELLI, S. F. *et al.* Alterations in brain and immune function produced by Mindfulness meditation. **Psychosomatic Medicine**, v. 65, p. 564-570, 2003.

DEATHERAGE, G. The clinical use of Mindfulness meditation techniques in short term psychotherapy. **Journal of Transpersonal Psychology**, v. 7, p. 133-143, 1986.

DECHARMS, C. **Two views of mind:** Adhidharma and brain science. Ithaca, NY: Snow, Lion, 1998.

DEIKMAN, A. J. De-Automatization of the mystical experience. **Psychiatric**, v. 29, p. 324-330, 1966.

_____ Bimodal consciousness. **Archives of General of Psychiatric**, v. 25, p. 481-489, 1971.

_____ **The observing *Self***. Boston: Beacon Press, 1982.

DELMONTE, M. M. Factors influencing the regularity of meditation practice in a clinical population. **British Journal pf Medical Psychological,** v. 57, p. 275-278, 1984a.

_____ Physiological responses during meditation and rest. **Biofeedback and *Self*-Regulation,** v. 9, p. 181-200, 2004b.

_____ The effects of meditation on drug usage: a review of the literature. **Gedrad: tijddscrift voor Psychologie,** v. 13, p. 36-48, 1985.

_____ Meditation and change: Mindfulness vs. repression. **Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,** v. 11, p. 57-63, 1990a.

_____ The relevance of meditation to clinical practice: an over review. **Applied Psychology: An International Review,** v. 39, p. 331-354, 1990b.

DE LOOS, W. S. Neuroendocrinology of anxiety disorders: posttraumatic *stress* disorder. In: D'HAENEN, H.; den BOER JÁ, WILLNER, P. (Eds). **Biological Psychiatry**. Chichester: John Wiley & Sons; p. 939-949, 2002.

DE SILVA, P. **An Introduction to Buddhist Psychology.** New York: Rowman and Littlefield, 2000.

DINSTFREY, H. **Onde a Mente Encontra o Corpo**. São Paulo: Nova Era, 1990.

DILLBECK, M.C. The effect of the transcendental meditation technique on anxiety level. **Journal of Clinical Psychology**. v. 33(4), p.1076-1078, 1977.

DUBBS, G. Psycho spiritual development in Zen Buddhism: a study of resistance in meditation. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 19, p. 19-86, 1987.

DUBIN, W. The use of meditative techniques in psychoterapy supervision. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 45, p. 65-80, 1991.

DUNN, B.; HARTIGAN, J.; MIKULAS, W. Concentration and Mindfulness meditations: unique forms of consciousness? **Applied Psychophysiology Biofeedback**, v. 24, n. 3, p. 147-165, 1999.

DREIFUSS, A. A. Phenomenological inquiry of six psychotherapists who practice Buddhist meditation (**Tese in the** Doctor) California, Institute of Integral Studies, 1990 (Dissertation Abstract International).

EISENBERG , D.; KESSLER, R.; FOSTRE, C.; NORLOCK. F.; CALKINS, D.; DALBANCO, T. Unconventional medicine in the United States. **New England Journal** of Medicine, v. 328, p. 246-252, 1993.

EISENBRUCH, R.V. Leitura e diagnóstico do sintoma orgânico. In: **Psicologia**, USP, V.11, n.1, p.137-153, 2000.

ENGLER, J. Therapeutic aims in psychotherapy and meditation: developmental stages in the representation of *Self*. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 16, p. 25-61, 1984.

EPSTEIN, M. Meditative transformations of narcissism. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 18, p. 143-158,1986.

_____ Beyond the oceanic feeling: psychoanalytic study of Buddhist meditation. **International Review of Psycho-Analysis,** v. 17, n. 2, p. 159-166, 1990a.

_____ Psychodynamics of meditation: Pitfalls on the spiritual path. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 22, p. 17-35, 1990b.

_____ **Thoughts without a thinker:** psychotherapy from a Buddhist perspective. New York: HarperCollins, 1995.

_____ **Going to pieces without falling apart.** London: Thorsons, 1998.

_____ **Going on being**: Buddhism and the way of change. New York: Gotham, 2001.

_____ **Open to desire:** Embracing a lust for life. New York, Gotham, 2005.

_____; LIEFF, J. Psychiatric complications of meditative practice. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 13, p. 137-146, 1981.

EPSTEIN, G. **Walking Dream Therapy**: Dream Process as Imagination. New York: Human Science Press, 1989.

EVERLY, G. S. **A clinical guide to the treatment of the human *stress* response**. New York: Plenum Press, 1989.

FABBRO, F.; MUZUR, A.; BELLEN, R.; CALACIONE, R.; BRAVA, A. Effects of praying and a working memory task in participants trained in meditation and controls on the occurrence of spontaneous thoughts. **Perceptual and Motors Skills**. V. 88, p.765-770, 1999.

FALCONE, E.M.O. A relação entre o *stress* e as crenças na formação dos transtornos de ansiedade. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.) – **Sobre comportamento e cognição**. ARBytes Editora, v.3, p.97-103, 1997.

FELDMAN, G. C.; HAYES, A. M; KUMAR, S. M.; GREESON, J. M. Development, factor structure and, initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. **Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy**, Boston, MA, 2004.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos** - A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. *Stress*: possibilidades e limites. In: ZACQUES, M. da G. e CODO, W. (Orgs.) - **Saúde mental e trabalho:** leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2ª edição, 2003.

FILHO, J. M. de e Col. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FISHER, S. ***Stress* in academic life**. London, England: Open University, 1994.

FREUD, S. **Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

FRIEDAN, M. J.; ROSENMAN, R. **Type A Behavior and your Heart**. New York: Fawcet Press, 1974.

_____; CHARNEY, D.S.; DEUTCH, A.Y. **Neurobiological and Clinical Consequences of *Stress***. Philadelphia, Lippincott – Raven, 1995.

FROMM, E.; SUZUKI, S.; DE MARTINO, R. **Zen Buddhism and Psychoanalysis.** New York: HarperCollins, 1960.

GADZELLA, B. M.; GINTHER, D. W.; TOMCALA, M.; BRYANT, G. W. How business professionals view their *stress*. **Psychological Reports**, V.68, p. 396-398, 1991.

GOLDSTEIN, J. **Insight** meditation. Boston: Shambhala, 1994.

_____; KORNFIELD, J. **Seeking the heart of wisdom**: the path of Insight meditation. Boston: Shambhala, 1987.

GOLEMAN, D. Meditation and Consciousness: an Asian approach to mental health. **American Journal of Psychotherapy**, v. 30, n. 1, p. 41-55, 1976.

_____ **The varieties of meditation experience**. New York: Dutton, 1977.

_____ Taxonomy of meditation-specific altered states. **Journal of Altered States of Counscioness**, v. 4, n. 7, p. 203-213, 1979.

_____ Buddhist and Western Psychology: some commonalities and differences. **Journal of Transpersonal Psychology**, v. 13, p. 67-82, 1981.

_____ **The meditative mind**. Los Angeles: J. P. Tarcher, 1988.

_____; GURIN, J. **Mind/Body medicine**. New York: Consumer Reports, 1993.

_____. **Equilíbrio Mente Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor**. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1997.

_____. **A Mente Meditativa: as diferentes experiências meditativas no oriente e no ocidente**. São Paulo: Editora Ática; 1998.

_____ **Destructive emotions**. New York: Batman, 2003a.

_____**Healing emotions**. Boston: Shambhala, 2003b.

GOMES, M. T. Pifado: o que você pode fazer contra o *stress*. **Exame**, São Paulo, 15 de jan 1997, p.76-8.

GLUECK, B. C.; STROBEL, C. F. Biofeedback as meditation in the treatment of psychiatric illness. **Comprehensive Psychiatric,** v. 16. p. 303-321, 1975.

GRAEFF, F. G.; BANDÃO, M. L. **Neurobiologia das doenças mentais**. 5ª ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

_____. "Biological basis of posttraumatic *stress* disorder". **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.25 suppl.1, p.21-24. ISSN 1516-4446, June 2003a.

_____. **"**Serotonina, matéria cinzenta periaquedutal e transtorno do pânico**". Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 25 supl. 2, p.42-45. ISSN 1516-4446, dez. 2003b.

_____. "Bases Biológicas da Ansiedade" - Cap 14, pág 194-203 In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. et al. **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____; GARCIA-LEAL, C.; DEL-BEN, C. M.; F. S. GUIMARÃES. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis?. **Anais** da Academia Brasileira de Ciências 77(3): 477-491, Sept. 2005.

GREMER, C.; RONALD, S.; FULTON, R. **Mindfulness and psychotherapy**. New York: Guilford Press, 2005.

GROSSMAN, P.; NIEMANN, L.; SCHMIDT, S.; WALACH, H. Mindfulness-based *stress* reduction and health benefits: A meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 57, 2004.

GUNARATANA, H. **Mindfulness in plain English**. Boston: Wisdom, 1991.

GYATSO, T. **Sleeping, dreaming and** dying. Boston: Wisdom, 1997.

_____.; BENSON, H.; THURMAN, R.; GARDNER H.; GOLEMAN, D. MindScience. Boston: Wisdom, 1991.

HANH, N. T. **The miracle of Mindfulness***:* A manual for meditation. Boston: Beacon, 1976.

HANLY, C. Ego Ideal and ideal ego. **International Journal of Psychoanalysis,** v. 65, p. 253-261, 1984.

HASLAM, C.; STEVENS, R.; HASLAM, R. Eating habits and *stress* correlates in a female student population. **Work & *Stress***, V. 3, p.327-334, 1989.

HARVEY, P. **An Introduction to Buddhism:** Teachings, history and practices. Cambridges, England: Cambridge University Press, 2000.

HAYES, S. C. A contextual approach to therapeutic change. In: N. S. Jacobson (Org.). **Psychotherapists in Clinical Practice**. New York: Guilford, p.327-387, 1987.

_____; WILSON, K. G.; GIFFORD, E. V.; FOLLETTE, V. M. STROSAHL, K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** v. 64, p. 1152-1168, 1996.

_____; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy.** New York: Guilford Press, 1999.

_____; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy**. New York: Guilford Press, 1999.

_____ PANKEY, J.; GREGG, J. Anxiety and acceptance and commitment Therapy. In: E. Gosh & R. Di Tomasso (Orgs.). **Comparative treatments of anxiety disorders.** New York: Springer, p. 110-136, 2002.

_____ Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: *Mindfulness*, acceptance and relationships. In: S. Hayes; V. Follette & M. Linehan (Orgs.). **Mindfulness and Acceptance***:* Expanding the cognitive behavioral tradition New York: Guildford, p. 1-29, 2004.

HAYWARD, J.; VARELA, F. **Gentle Bridges**. Boston: Shambhala, 2001.

HIRST, I. S. Perspectives on Mindfulness. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,** v. 10, p. 359-366, 2003.

HOLMES, D. S.; SOLOMON, S.; CAPPO, B. M.; GREENBERG, J. L. Effects of transcendental meditation versus resting on physiological and subjective arousal. **Journal of Personalite and Social Psychology**, v. 44, p.1245-1252, 1983.

HOUSHMAND, Z.; LIVINGSTON, R.; WALLACE, B.A. **Consciousness at the crossroads**. Ithaca, NY: Snow Lion,1999.

INFANTE, J.R.; PERAN, F.; MARTINEZ, M.; ROLDAN, A.; POYATOS, R.; RUIZ, C.; SAMANIEGO, F.; GARRIDO, F. .ACTH and beta-endorphin in transcendental meditation. **Physiology & Behavior**. V. 64(3), p.311-5, 1998.

IZAGUIRRE, G. Salud mental: definiciones. In: **Salud mental y psicoanálisis** (Yospe, J., Izaguirre, G. y colaboradores), p. 245-259. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

JAMNIEN, A.; OHAYV, R. J. Field interview with a Theravada teaching master. **Journal of Transpersonal Psychology,** v. 12, p. 1-10, 1980.

JANAKA, U.S. Vipassana Meditation Course: Series of Eight Talks. **Disponível** em: http://www.budsas.org/ebud/vipass/vcourse0.htm. Acessado em 01/01/2007.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinariedades e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JARRELL, H. **International meditation bibliography**. London: Scarecrow Press, 1985.

JEVNING, R.; WILSON, F.; SMITH, W.R. The transcendental meditation technique, adrenocortical activity, and implications for *stress*. **Experiential**. V. 34(5),p. 618-619, 1978.

JONHSON, W. Introdução. In: **Do Xamanismo à Ciência**: uma história da meditação. São Paulo: Editora Cultrix; 1995.

JOSHI, L.N.; JOSHI, V.D.; GOKHALE, L.V. Effect of short term "Pranayam" practice on breathing rate and ventilatory functions of lung. **Indian Journal of Physiology Pharmacol.** V. 36 (2), p.105-108, 1992.

JUNG, C. G. **Estudos Psiquiátricos**. Obras Completas. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1991.
—— **Estudos sobre Psicologia Analítica**, v. VIIa.
—— **Psicologia e religião oriental**. v.XI/ 5b.
—— **Psicologia e Alquimia**, v. XIIc.

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. ***General Hospital Psychiatry***, v. 4, p. 33-47, 1982.

_____ LIPWORTH, L.; BURNEY, R.; SELLERS, W. Four-year follow-up of a meditation-based *stress* reduction program for the *Self*-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. **Clinical Journal of Pain**, v. 2, p. 159-173, 1986.

_____ **Full Catastrophe Living***:* Using the wisdom of your body and mind to face *stress*, pain, and illness. New York: Delta, 1994.

_____ MASSION, A. O.; KRISTELLER, J.; PETERSON, L. G.; FLETCHER, K. E.; PBERT, L.; LENDERKING, W. R.; SANTORELLI, S. F. Effectiveness of a meditation-based *stress* reduction program in the treatment of anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 149, p. 936-943, 1992.

_____ WHEELER, E.; LIGHT, T.; SKILLINGS, Z.; SCHARF, M. J.; CROPLEY, T. G. Influence of a *Mindfulness* meditation-based *stress* reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). **Psychosomatic Medicine**, v. 60, p. 625-632, 1998.

KAMEI, H.; OHNO, S.; KUMANO, H.; KIMURA, K. Decrease in serum cortisol during yoga exercise is correlated with alpha wave activation. **Perceptual and Motor Skills**. V. 90, p.1027-1032, 2000.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T.M. **Principles of Neural Science**. Editora: McGraw-Hill, p. 1209-1226, 2000.

KAPLAN, K.H.; GOLDENBERG, D. L.; GALVIN-NADEAU, M. The impact of a meditation-based *stress* reduction program on fibromyalgia. **General Hospital of Psychiatric**. V. 15(5), p. 284-289, 1993.

KATZ, L.; FLEISHER, W.; KJERNISTED, K.; MILANESE, P. A review of the psychobiology and pharmacotherapy of posttraumatic *stress* disorder. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 41, p. 233-38, 1996.

KELLER, M. B.; LAVORI, P. W.; LEWIS, C. E.; KLERMAN, G. L.; Predictors of relapse in major depressive disorder. **Journal of american Medical Association**, v. 250, n. 24,p. 3299-3304, 1983.

KELLY, G. Using meditative techniques in psychotherapy. **Journal of Humanistic Psychology,** v.36, n. 3, p. 43-49, 1996.

KOHLENBERG, R.; TSAI, M. Functional analytic psychotherapy. In: N. Jacobson (Org.). **Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives**. New York: Guilford, p.388-443, 1987.

_____; DOUGHER, M. The dimensions of clinical behavior analysis. **The Behavior Analyst**, v. 16, n. 2, p. 271-282, 1993.

KOHN, M. (Ed.) **The Shambhala publications dictionary of Buddhism and Zen.** Boston: Shambhala, 1991.

KORNFIELD, J.; RAM, D.; MIYUKI, M. Psychological adjustment is not liberation. In: J. WELWOOD (Ed), **Awakening the heart:** East/West approaches to psychotherapy and the healing relationship, Boston: Shambala, 1983.

_____ Even the best meditators have old wounds to heal. **Yoga Journal,** v. 88, n. 46, p. 12-17, 1989.

KOSAKA, E.H. Efeitos de exercícios respiratórios e de um procedimento de meditação combinados (Siddha Samadhi Yoga- SSY) em voluntários com queixas de ansiedade. **Tese** de doutorado, Instituto de Psicobiologia da UNIFESP, SP, 2002.

KRISTELLER, J.; HALLETT, C. An exploratory study of meditation-based *stress* reduction for binge eating disorder. **Journal of Health Psychology**, v. 4, p. 357-363, 1999.

KUTZ, I.; BORYSENKO, J.; BENSON, H. Meditation and psychotherapy: a rational for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and Mindfulness meditation. **American Journal of Psychiatric,** v. 142, n.1, p. 1-8, 1985.

LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. Evalución del estrés. In: FERNANDÉZ-BALLESTEROS R. **Evaluación conductual hoy.** Un enfoque para el cambio en psicologia clínica y de la salud. Ediciones pirámide S.A - Madrid; p. 484-529, 1994..
LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LANGER, E. **Mindfulness.** Cambridge, MA: Da Copa Press, 1989.

LANGSTON, A. C.; CANTOR, N. Social anxiety and social constraint: When making friends is hard. **Journal of Personality and Social Psychology**, V.56, p. 649-661, 1989.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. Santos: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1975

LAU, M.; MCMAIN, S. Integrating Mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance-and change-base strategies. **Canadian journal of Psychiatric**, v. 50, p. 863-870, 2005.

LAZARUS, R. S. **Psychological *Stress* and Coping Process**. New York : McGraw-Hill, 1966.

_____.; FOLKMAN, S. ***Stress,* Appraisal and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

_____; FOLKMAN, S. **Estré y procesos cognitivos**. (Trad.) Maria Zaplana Ediciones Martinez Roca, S.A.; Barcelona, Espanha, 1986.

_____; LAZARUS, B. N. **Passion and reason**: making sense of our motions. Oxford: Oxford University Press, 1994.

LENSON, B. **Viva o *stress***: como transformar as pressões do dia-a-dia em um ferramenta criativa. Rio de Janeiro: Prestígio Editorial, 2006.

LESH, T. V. The relationship Between Zen meditation and the development of accurate empathy. (Tese doctoral, University of Oregon, 1970). **Dissertation Abstracts International**, v. 30, p, n. 4778, 1970a.

_____ Zen Meditation and the development of empathy in counselors. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 10, n. 1, p. 39-74, 1970b.

LINEHAN, M. M. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. **Journal of the Menninger Clinic**, v. 51, p. 261-276, 1987.

LINEHAN, M. M _____ **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford, 1993a .

_____ **Skilss training manual for treating borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993b.

LIPP, M. E N. Crenças irracionais como fontes internas de *stress* emocional. **Revista da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas**, V. 1, N.1, p. 29-34, 2005.

_____ **Manual do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2ª edição, 2005.

_____ (Org.). **O *Stress* no Brasil**: Pesquisas Avançadas. São Paulo, Papirus, 2005a.

_____. **Mecanismos Neurofisiológicos do *Stress***: Teoria e Aplicações Clínicas, São Paulo, Papirus, 2005b.

_____. (Org.) **Pesquisas sobre *stress* no Brasil:** saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas, SP: Papirus, 2ª edição, 2001.

_____; NOVAES, L. E. **O *stress***. São Paulo: Contexto, 4ª edição (Coleção Conhecer e Enfrentar), 2000.

_____. **O *Stress***: Como Enfrentar. São Paulo, Câmara Brasileira do Livro, 1998.

_____. Qualidade de vida e sobrevivência: modelo de tratamento comportamental do *stress*. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.) – **Sobre comportamento e cognição**. ARBytes Editora, v.3, p.97-103, 1997.

_____. **O *Stress***: Mitos & Verdades. São Paulo, Editora Contexto, 1996.

_____.; PEREIRA, I. C.; FLOKSZTRUMPF, C.; MUNIZ, F.; ISMAEL, S. C. Diferenças em nível de *stress* entre homens e mulheres na cidade de São Paulo. [Resumos]. Em

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Org.), **Anais** do I Simpósio sobre *Stress* e suas Implicações. Campinas: PUC Campinas (p. 22), 1996.

_____.; MALAGRIS, L. N. Manejo do *stress*. In: RANGÉ, B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva:** pesquisa, prática, aplicações e problemas. Editorial Psy, p.279-293, 1995.

_____; **Documento de Pesquisa do Instituto de Combate ao *Stress*,** Campinas, 1995. Disponível em www.*stress*.com.br. Consultado em maio/2007.

_____.; ROCHA, J.C. ***Stress*, hipertensão e qualidade de vida**. Campinas: Papirus, 1995.

LOBOSQUE, A.M. Saúde Mental: um lugar para o ambulatório? In: **Seminário** – Dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública: construindo um projeto, p. 45-51. Belo Horizonte: Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro, 1996.

_____ **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

LOIZZO, J. Meditation and psychotherapy: *stress*, allostasis and enriched learning. In: P. R. Muskin (Ed.), **reviews of Psychiatric**, v. 19. **Complementary and alternative medicine and psychiatric**, p. 147-197. Washington-DC: **American Psychiatric Publishing**, 2000.

_____ **The twenty-week program in *Self*-healing**: education manual. Weill Medical Center of Cornell University, Center for Complementary and Integrative Medicine. Ithaca: Cornel University publications, 2004.

_____ **Nagarjuna´s reason sixty with Chandrakirti´s commentary:** translated from the Tibetan with introduction and critical editions. New York: Columbia University Press, 2006a.

_____ Meditation, *Self*-correction, and learning: Contemplative science in global perspective. **Paper presented at the Mind and Reality Conference of Columbia University, Center for Study of Science and Religion**, New York, NY, 2006b.

MACLEAN, C.R.; WALTON, K.G.; WENNEBERG, S.R.; LEVITSKY, D.K.; MANDARINO, J.P.; WARIZI, R.; HILLIS, S.L.; SCHNEIDER, R.H. Effects of the transcendental meditation program on adaptive mechanisms: changes in hormone levels and responses to *stress* after 4 months of practice. **Psychoneuroendocrinology**. V. 22(4), p.277-95, 1997.

McGRATH, J. **Social and Psychological Factors in *Stress***. New York: Rhinehart & Wineston, 1970.

MALARKY, W.B.; HALL, J.H.; PEARL, D.K.; KIECOLT-GLASER, J.K.; GLASER, R. The influence of academic *stress* and season on 24 hour concentrations of growth hormone and prolaction. **Journal of Clinical Endocrinolgy and Metabolism**. V. 73, p.1089-1092, 1991.

MANOCHA, R. Why meditation? **Australian Family Physician**. V. 29(12), p. 1135-1138, 2000.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, *stress* e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, abril, 2003

MASLOW, A.B. **Motivation and Personality**. New York : Harper & Brother, 1954.

MARLATT, G.; GORDON, J. **Relapse prevention**: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: GuilfordPress, 1985.

_____; Addiction, Mindfulness and acceptance. In: S. C. HAYES, N. S. JACOBSON, V. M. FOLLETTE, M. J. DOUGHER (Eds.) **Acceptance and change:** content and context in psychotherapy, Reno, NY: Context Press, p. 67-84, 1994.

_____KRISTELLER, J. Addiction, Mindfulness and acceptance. In: HAYES, S. C.; JACOBSON, J. C.; FOLLETTE, V. M; DOUGHER, M. J. (Eds.) **Acceptance and change: content and context in psychotherapy**. Reno, NV: Context Press, p. 175-197, 1999.

MAY, R. **The Discovery of Being** : Writing in Existential Psychology. New York : Norton, 1983.

METZNER, R. The Buddhist six world model of consciousness and reality. **Journal of Transpersonal** Psychology, v. 28,p.89-96, 1996.

MCDONALD, K. **How to meditative**. Boston: Wisdom, 1984.

McDOUGALL, J. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. (Trad.) Pedro Henrique B. Rondon. 2ª edição, São Paulo: Martins Fontes, 1996.

McDOWELL, I; NEWELL, C. **Measuring health**. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.

McWILLIAMS, J. M.; SCHNORR, J. K. **Tennesse *Stress* Scale-L**: Work-Related *Stress* Inventory for Professionals. Arizona: Northern Arizon University Press, 1986.

MEYER, T. N.; SILVA, A. L. da. Resposta celular ao *stress*. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 45, n. 2, abr/jun., 1999.

MICHAELS, R.R.; PARRA, J.; MCCANN, D.S.; VANDER, A.J. Renin, cortisol, and aldosterone during transcendental meditation. **Psychosomatic Medicine**. V. 41(1), p.50-54, 1979.

MILLER, N.E. Interaction Between Learned and Physical Factors in Mental Illness. **Seminary in Psychiatry**. v. 4, n. 3, ago. 1972.

_____. Biofeedback and Visceral Learning. **Annual Review of Psychology**. v. 29, 1978.

_____; BRUCKER, B.S. Learned Large Increases in Blood Pressure Apparently Independent of Skeletal Response in Patients Paralyse by Spinal Lesion. In: **Biofeedback and *Self*-Regulation**. New York: Birbaumer e Kimmel, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006**: Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf. consultado em Outubro de 2008.

MORAIS, J. O poder da mente vazia. **Superinteressante**. V. 24 /Jan, p.72-76, 2001.

MORRIS, K. Meditating on yogic science. **Lancet**. April 4, V. 351(9108), p.1038, 1998.

MURPHY, M.; DONOVAN, S. The physical and psychological effects of meditation. Sausalito, California: Institute of Noetic Sciences, 1999.

MURRAY, C. J. L; LOPEZ, A.D. The Global Burden of disease Series. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

NAT HANH, T. **The miracle Mindfulness**. Boston: Beacon Press, 1976.

NAKAYAMA, M. K.; BITENCOURT, C. Processos de mudança e *stress* ocupacional. In: ENANPAD-98, 1998, Foz do Iguaçu. **Anais** do 22º Encontro da Anpad, Rio de Janeiro: ANPAD, 1998. em CD-ROM.

NYANAPONIKA, T. **The Heart of Buddhist Meditation**. York Beach, ME: Red Wheel, Weiser, 1965.

_____ The power of Mindfulness. San Francisco: Unity Press, 1972.

_____ **Abhidharmma studies**. Boston: Wisdow, 1998.

NEAL, M. Mindfulness Meditation: an integration of perspectives from Buddhism, Science and Clinical Psychology. **(Tese)** San Francisco, California, Californie Institute of Integral Studies, 2006.

ORME-JONHNSON, D.W.; FARROW, J.T. Introduction. In: **Scientific research on the transcendental meditation program**: collected papers, vol. I. Seelisberg: Maharishi European Research University Press, p. 24, 1977.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. Et al. **Tratado de Geriatria e Geontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 79-85, 2002.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de *Stress* no Trabalho (EET). **Estudos de Psicologia**, V.9 (1), p.45-52, 2004.

PATTON, H. D.; FUCHS, A. F.; HILLE, B.; SCHER, A. M.; STEINER, R. **Textbook of Physiology: Excitable Cells and Neurophysiology**. Seattle, Washington, University of Washington – School of Medicine, p. 737-769, 1989.

PENG, C-K.; MIETUS, J.E.; LIU, Y.; KHALSA, G.; DOUGLAS, P.S.; BENSON, H.; GOLDBERGER, A. Exaggerated heart rate oscillations during two meditation techniques. **Internation Journal of Cardiology**. V. 70, p. 101-107, 1999.

PERISSINOTTI, D. M. Compreendendo o processo doloroso: a dor crônica como traição. In: QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. De (Org.) **Adoecer**: compreendendo as interações do doente com sua doença. São Paulo: Editora Atheneu, p.61-81, 2003.

PERT, C. B. e DIENTSFREY. The Neuropeptid Network. **Annals** of New York Academy of Sciences, 1985.

PIROTTA, M.V.; COHEN, M.M.; KORSIRILLOS, V.; FARISH, S.J. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? **The Medical Journal of Australian**. V. 172, p.105-109, 2000.

PRISZKULNIK, L. Clínica (s): Diagnóstico e tratamento. In: **Psicologia**, USP, v.11, n.1, p.11-28, 2000.

QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. de (Org) **Adoecer**: compreendendo as interações do doente com sua doença. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

REDFORD, W. **The Trusting Heart.** New York: Time Books, 1989.

RIBEIRO L, KAPCZINSK F. Ansiedade - Cap 12, pág 133-141 In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. *et al*. **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre. Artmed editora; 2004.

ROCHA, Z. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000.

ROEMER, L; ORSÍLIO, S. M. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized axiety disorder: integrating Mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. **Clinical Psychological: Science and** Practice, v. 9, p. 54-58, 2002.

ROGERS, C.R. **Le Development de la Personne.** Paris: Dunod, 1966.

ROLANDI, E.; REGGIANI, E.; FRANCESCHINI, R.; BAVASTRO, G.; MESSINA, V.; ODAGLIA, G.; BARRECA, T. Comparision of pituitary respo0nses to physical exercise in atheletes and sedentary subjects. **Hormonal Research**; v. 21, p. 209-213,1985.

ROTH, B.; CREASER, T. Mindfulness meditation-based *stress* reduction: experience with a bilingual inner-city program. **The Nurse Practiotioner**. V. 22(3), p. 150-176, 1997.

REY, F. G. Psicologia e saúde: desafios atuais. In: **Psicologia reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 10, nº 2, p.275-288, 1997.

RUBIN, J. Meditation and Psychoanalytic listening. **Psychoanalytic Review**, v. 2, p. 599-613, 1985.

_____ The clinical integration of Buddhist meditation and psychoanalysis. **Journal of** Integrative and Ecletic Psychoterapy, v. 10, n. 2, p. 196-203, 1991.

_____ **Psychoterapu and Buddhism**: Towards an integration. New York: Plenun Press, 1996.

RUSSEL, E. Consciouness and uncosciousness: Estearn meditative and Western psychotherapeutic approaches. **Journal of Transpersonal Psychology**, v. 18, p. 111-118, 1986.

SABBATINI, Renato M. E. **O *stress***: o que é e como combatê-lo? Palestra ministrada na EMBRAPA/CNPTIA, out. 1998. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br>. Acesso em: 12 set. 2006.

SALMON, P.; SANTORELLI, S.; KABAT-ZINN, J. Intervention elements promoting high adherence to Mindfulness-based *stress* reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. In: SHUMAKER, S.; SCHRON, E.; OCKENE, J.; McBEE, W. (Eds.) **Handbook of Health Behavior Change**, New York: Springer, p. 239-266, 1998.

SANCOVSKI, A. R. K. O olhar do profissional sobre o paciente: a relação médico-paciente. In: QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. De (Org.) **Adoecer**: compreendendo as interações do doente com sua doença. São Paulo: Editora Atheneu, p.169-177, 2003.

SAPOLSKY, R.M. Adrenocortical function, social rank, and personality among wild baboon. **Biological Psychiatric**. V. 28, p. 862-878, 1990.

_____. ***Stress*, the aging brain, and the mechanisms of neuron death**. Cambridge, MIT Press, 1992.

_____. Why *stress* is bad for your brain. **Science**. V. 273, p.749-750, 1996.

SARTRE, J.P. **The Psychology of Imagination.** Westport Conn : Greewood Press, 1974.

SAVOIA, M. G. *Stress*: Conceito e Profilaxia. In: II Simpósio de Psicologia São Caetano do Sul, Resumos **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, v.1, 1988.

_____ Relação Entre Eventos Vitais Adversos e Mecanismos de "Coping" no Transtorno do Pânico. **Tese** de doutorado. Instituto de Psicologia da USP, 1995.

_____; SANTANA, P.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. **Revista de Psicologia USP,** v.6, 1996.

SAYADAW, M. **The Satipatthana Vipassana meditation.** San Francisco: Unity Press, 1972.

SCHNEIDER, R.H.; NIDICH, S.I.; SALERNO, J.W.; SHARMA, H.M.; ROBINSON, C.E.; NIDICH, R.J.; ALEXANDER, C.N. Lower lipid peroxide levels in practionners of transcendental meditation program. **Psychosomatic Medicine.** V. 60, p.38-41, 1998.

SEGAL, Z.; WILLIAMS, J. M.; TEASDALE, J. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 2002.

SCOTT, N. A. Chief student affairs officers: *Stress*ors and Strategies. **Journal of College Student Development**, V.33, p.108-116, 1992.

SHAFFI, M.; LAVELY, R.; JAFFE, R. Meditation and marijuana use. **American Journal of Psychiatry**. V. 131, p.60-63, 1974.

SHAPIRO, D. H.; WALSH, R. Meditation: classic and contemporary perspectives. New York: Aldine, 1983.

SHAPIRO, S. L.; SCHWARTZ, G. E.; BONNER, G. Effects of Mindfulness-based *stress* reduction on medical and premedical students. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 21, p. 581–99, 1998.

SEEMAN, M. V. Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. **American Journal of Psychiatry**, V.154, p.1641-1647, 1997.

SELYE, H. ***Stress*: a Tensão da Vida**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Difusão Cultural – IBRASA, 2ª edição, 1965.

SIEGEL, G.J. **Basic Neurochemistry**. New York, Raven, 6ª edição. 1998..

SILANANDA, B. **The four foundations of Mindfulness**. Boston: Wisdow, 1990.

SOLBERG, E.E.; KURT-ARNE, B.; ENGEN, O.; EKELBERG, O.; LOEB, M. The effect of meditation on shooting performance. **British Journal of Sports and Medicine**. V. 30, p.342-346, 1996.

SOLBERG, E.E.; INGER, F.; HOLEN, A.; SUNDGOT-BORGEN, J; NILSSON, S.; HOLME, I. Standard used exercise bout: a study of 31 runners practicing relaxation techniques. **British Journal of Sports and Medicine**. V. 34, p.268-272, 2000.

SOLE-LERIS, A. **Tranquility and Insight.** Boston: Shambhala, 1986.

SOMA, B. **The way of Mindfulness**. Colombo, Ceylom: Lake House Bookshop, 1949.

SOUTHWICK, S. M.; KRYSTAL, J.H.; MORGAN, C.A.; JOHNSON, D.; NAGY, L.M.; NICOLAOU, A.. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic *stress* disorder. **Archive General Psychiatry**, v.50. p.266-74, 1993.

SOUZA, C. B. Corpo-alma com câncer. In: QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. S. De (Org.) **Adoecer**: compreendendo as interações do doente com sua doença. São Paulo: Editora Atheneu, p.143-153, 2003.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I. dos; LIMA, R. da C. Epidemiologia do *distress* psicológico: estudo transversal de base populacional. In: **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 4, agosto, 2003.

SPECA, M.; CARLSON, L.; GOODEY, E.; ANGEN, M. A Randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a Mindfulness meditation-based *stress* reduction program on mood and symptoms of *stress* in cancer outpatients. **Psychosomatic Medicine**. V. 62, p.613-622, 2000.

SPIELBERGER, C. D. The nature and measurement of anxiety. In: SPIELBERGER, C. D.; DIAZ-GUERRERO, R. (Orgs.). **Cross-cultural anxiety** (p. 47-64). Washington, DC: Hemisphere, 1976.

STANFORD, S.C.; SALMON, P. ***Stress*** – from synapse to syndrome. London, Academic Press, 1993.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

SUBRAHMANYAM, S.; SATYANARAYANA, M.; RAJESHWARI, K. R. Alcoholism: newer methods of management. **Indian Journal of Physiology and Pharmacology**. V. 30, p.43-54, 1986.

SUZUKI, D. T. **Introdução ao Zen-Budismo**. São Paulo: Editora, Pensamento, 1969.

THANISSARO, B; ACCESS TO INSIGHT. Dhammacakkappavattana Sutta: Setting The Whell of the Dharmain Motion. (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/sn/sn56/sn56.011.than.html. Consultado em junho, 2007, 1993.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Bahiya Sutta: About Bahiya (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/canon/sutta/khuddaka/udana/ud1-10.html. Consultado em junho, 2007, 1994.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Satipatthana Sutta: Frames of Reference (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/canon/sutta/majjhima/mm-010-tbo.html. Consultado em junho, 2007, 1995.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Jaravagga Sutta: Aging (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/kn/dhp/dhp.11.than.html. Consultado em junho, 2007, 1997a.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Samadhi Sutta: Concentration. (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/sn/sn35/sn35.099.than.html. Consultado em junho, 2007, 1997b.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Satiphatthana-vibhanga Sutta: Analysis of the Frame Reference (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/sn/sn47/sn47.040.than.html. Consultado em junho, 2007, 1997c.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Maha-parinibbana Sutta: The Great Frames of Reference (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/dn/dn.16.5-6.than.html. Consultado em junho, 2007, 1998.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Maha-parinibbana Sutta: The Great Frames of Reference (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/dn/dn.22.0.than.html. Consultado em junho, 2007, 2000.

_____; ACCESS TO INSIGHT. Ana panasati Sutta: Mindfulness of Breathing (Translated B. Thanissaro) **Disponível em**: http://www.accesstoInsight.org/tipitaka/mn/mn.118.than.html. Consultado em junho, 2007, 2006.

TEASDALE, J. D.; SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (*Mindfulness*) training help? **Behavioral Research and Therapy**, v. 33, p. 25-39, 1995.

_____ Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. **Behavior Research and Therapy**, v. 37, p. 53-77, 1999a.

_____ Metacognition, *Mindfulness* and the modification of mood Disorders. *Clinical* **Psychology and Psychotherapy**, 6, 146-155, 1999b.

_____ SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J. M. G.; RIDGEWAY, V. A; Soulsby, J. M.; LAU, M.A. Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. **Journal of Consult Clinical Psychological**, v. 68, p.615– 23, 2000.

_____ MOORE, R. G.; HAYHURST, H.; POPE, M.; WILLIAMS, S.; SEGAL, Z. V. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n. 2, p. 275-287, 2002.

THROLL, D.A. Transcendental meditation and progressive relaxation: their physiological effects. **Journal of Clinical Psychological**. V. 38(3), p. 522-530, 1982.

THURMAN, R. **The central philosophy of Tibet**. New Jersey: Princeton University Press, **1984.**

_____ Tibetan Psychology: sophisticated software for the human brain. In: BENSON, H.; GARDNER, H.; GOLEMAN, D.; GYATSON, T.; THURMAN, R. (Eds.) **MindScience**. Boston: Wisdom, p. 37-50, 1997.

_____ **Essential Tibetan Buddhism**. New Jersey: Castle Books, 1997.

_____ **Inner revolution**. New York: Riverhead Books, 1998.

_____ **Infiniti life**. New York: Riverhead Books, 2004.

TLOCZYNSKI, J.; SANTUCI, A.; ASTOR-STETSON, E.. Perception of visual illusion by novice and long–term meditatiors. **Perceptual and Motors Skills**. V. 91, p.1021-1026, 2000.

U PANDITA. **In this very life:** liberation theachings of the Buddha. Boston: Wisdow, 1991.

VANDENBERGH, L.;. SOUSA, A. C. A. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,** v. 2, n. 1, 2006.

VANITALLIE, T. B. *Stress*: a risk factor for serious illness. **Metabolism**, v. 51, n. 6, supl. 1, p. 40-45, 2002.

VARELA, S. SHEAR, J. (Eds.) **The view from within**: first person approaches to the study of consciousness. Exeter, UK: Imprint Academic, 1999.

VIEIRA, M. J. F. As funções orgânicas diante do *stress*. In: ARANTES, M. A. de A. C.; VIEIRA, M. J. F. ***Stress***. São Paulo: Casa do Psicólogo (Coleção Clínica Psicanalítica: 19/dirigida por Flávio Carvalho Ferraz), p. 109-139, 2002.

WALLACE, B.A. **The bridge of quiescence:** experiencing Tibetan Buddhist meditation. Chicago: Open Court, 1998.

_____ **Buddhism and Science.** New York: Columbia University Press, 2003

_____ **Genuine happiness:** meditation as a path to fulfillment. Hoboken, N. J.: Wiley, 2005.

WALLACE, R.K. Physiological effects of transcendental meditation. **Science**. V. 167, p. 1751-54, 1970.

_____. A wakeful hypometabolic physiologic state. **American Journal of Physiology**. V. 221, p. 795-99, 1971.

_____; SILVER, J.; MILLS, P.J.; DILLBECK, M.C.; WAGONER, D.E. Systolic blood pressure and long-term practice of the transcendental meditation and TM-sidha program: effects of TM on systolic blood pressure. **Psychosomatic Medicine**. V. 45(1), p. 41-46, 1983.

WERNER, O.R.; WALLACE, R.K.; CHARLES, B.; JANSEN, G.; TRYKER, T.; CHALERS, R.A. Long-term endocrinologic changes in subjects practicing the transcendental meditation and TM-sidha program. **Psychosomatic Medicine**. V. 48(1-2), p.59-66, 1986.

WEST, M. (Ed.) **The psychology of meditation**. New York: Clarendon Press, 1987.

WESTIN, R. Medicina se rende à prática da meditação. In: **Jornal O Estado de S. Paulo**, edição de 07 de julho de 2006, caderno Via&, sessão Saúde. Disponível no site

http://www.estadao.com.br/saude/noticias/materias/2006/jul/07/74.htm e consultado em out/2006.

WILSON, A.F.; JEVNING, R.; GUICH, S. Marked reduction of forearm carbon dioxide production during states of decreased metabolism. **Physiology & Behavioral**. V. 41, p. 347-352, 1986.

ZAMARRA, J.W.; SCHNEIDER, R.H.; BESSEGHINI, I.; ROBINSON, D.K.; SALERNO, J.W. Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease. **American Journal of Cardiology**. V. 77(10), p.867-70, 1996.

ZETTLE, R.; HAYES, S. C. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. **The Analysis of Verbal Behavior**, v. 4, p. 30-38, 1986.

ZOJONC, A. **New physics and cosmology**. New York: Oxford University Press, 2004.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Meditação para Redução do *Stress*"
Nome do (a) Pesquisador (a): Luciana Pucci Santos
Nome do (a) Orientador (a): Luís Alfredo Vidal de Carvalho
Nome do (a) Co-orientador (a): Ricardo Wagner

1. **Natureza da pesquisa**: o *sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade* aplicar a Meditação para o Gerenciamento do *Stress*.
2. **Participantes da pesquisa**: adultos brasileiros e*stress*ados.
3. **Justificativa da pesquisa**: o *stress* é uma reação intensa do organismo frente a qualquer evento bom ou mau que altere a vida do indivíduo, que ocorre, em geral, frente à necessidade de adaptação exigida do indivíduo em momentos de mudança. Sendo o Brasil um país em desenvolvimento onde as mudanças sociais, morais, econômicas e tecnológicas ocorrem com uma rapidez muito grande, é de se prever que o nível de *stress* do brasileiro seja significativo. Fato este confirmado por diversos estudos com aplicação do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp realizados a partir de 2000 revelando um alto nível de *stress* no país. Além do que, a prevalência de *stress* na população mundial é de 56%, segundo o .8º Fórum Global de Pesquisas sobre Saúde, realizado em novembro de 2004 na Cidade do México.
4. **Objetivos da pesquisa**: verificar se a prática de meditação Vipassana reduz o *stress* em brasileiros adultos não meditadores através de um programa de treinamento de oito semanas consecutivas comparativamente a um grupo de controle submetido programa educativo de 8 semanas consecutivas a respeito do *stress* excessivo e seus efeitos no organismo humano.
5. **Procedimentos adotados**: inicialmente será realizada uma entrevista de pré-intervenção para entrevista estruturada, a partir do DSM-IV, para identificar adultos saudáveis que terão os níveis de *stress* avaliados por meio da aplicação das escalas de auto-avaliação: Inventários Beck para Ansiedade, Depressão e Pessimismo e do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp. Os participantes serão subdivididos, de modo aleatório, em grupo de controle e de intervenção. Ambos os grupos terão reuniões uma vez por semana, com uma hora de duração, durante 8 semanas consecutivas, sendo no grupo de controle para debate sobre o *stress* excessivo e seus efeitos no organismo humano e no grupo de intervenção para treinamento em meditação *Vipassana*. Após o término dos programas, será realizado entrevista de pós-intervenção com avaliação dos níveis de *stress* dos participantes por meio da aplicação das escalas de auto-avaliação: Inventários Beck para Ansiedade, Depressão e Pessimismo e do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp.
6. **Resultados esperados***:* redução dos níveis de *stress* nos integrantes do grupo de intervenção e conhecimento da importância do gerenciamento dos níveis de *stress* nos participantes do grupo de controle.
7. **Envolvimento na pesquisa**: ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que a pesquisadora utilize os resultados das mensurações obtidas pelos Inventários Beck e Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp e de suas respostas ao Diário de Meditação *Vipassana*, tratados estatisticamente, para compor a pesquisa em questão. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.) . Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do 9831-6567 da pesquisadora do projeto e, se necessário através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
8. **Sobre as entrevistas**: Ambos os grupos terão reuniões uma vez por semana, com uma hora de duração, durante 8 semanas consecutivas, sendo no grupo de controle para debate sobre o *stress* excessivo e seus efeitos no organismo humano e no grupo de intervenção para treinamento em meditação *Vipassana*.

9. **Riscos e desconforto**: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
10. **Confidencialidade**: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados.
11. **Benefícios**: ao participar desta pesquisa a sra (sr.) terá como benefício direto aos participantes do grupo de intervenção o treinamento em Meditação *Vipassana* num programa de oito semanas consecutivas para redução do *stress* e aos integrantes do grupo de controle o aprendizado sobre a importância de gerenciamento dos níveis de *stress* e seus efeitos no organismo humano bem como a avaliação de seu *stress* no período de estudo. Além do mais, o presente estudo apresentará o conhecimento construído a partir desta pesquisa que possa orientar o cotidiano dos participantes no sentido de continuarem a gerenciar seu *stress* por meio da meditação *Vipassana*, sobre a qual a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.
12. **Pagamento**: a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

    Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

_____ _____

Nome do Participante da Pesquisa Assinatura do Participante da Pesquisa

RG: Órgão Exp.:

LUCIANA PUCCI SANTOS
Pesquisadora do HCTE/UFRJ

Assinatura da Pesquisadora

LUÍS ALFREDO VIDA DE CARVALHO
Prof. D.Sc. Orientador da Pesquisa HCTE/UFRJ

Assinatura do Orientador

Ricardo Wagner

Ricardo Wagner
Prof. D. Sc. Co-Orientador da Pesquisa BA/UFRJ

Assinatura do Co-orientador

TELEFONES:

Pesquisadora: 9831-6567 Orientador: 2562-8658 Co-orientador: 2598-1690

Modelo adaptado a partir do TCLE elaborado por KOLLER, S. H. , Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

ANEXO B

COPPE
Instituto de Matemática
Instituto de Química
Instituto de Física
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

HCTE – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia

Mestrado e Doutorado

Rio de Janeiro 17 de setembro de 2007.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezados Senhores,

Vimos por meio deste, apresentar o escopo da pesquisa de doutorado da aluna Luciana Pucci Santos, regularmente matriculada sob registro de nº 107.421.070 NO Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – HCTE - da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – sob orientação do Prof. D.Sc. Luís Alfredo Vidal de Carvalho, que aborda a temática: "Meditação: uma abordagem recente no Ocidente para gerenciamento do estresse".

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a prática terapêutica de meditação com a finalidade de mensurar cientificamente a redução dos níveis de estresse em pessoas que nunca praticaram este tipo de técnica, que será executada durante o período de 08 (oito) semanas.

A metodologia empregada nesta investigação científica consiste em reunir as pessoas interessadas, mensurar seus níveis de estresse aplicando o Inventário Beck para Ansiedade e Depressão e o Inventário de sintomas de Stress Marilda Lipp, devidamente autorizados pela Casa do Psicólogo, a fim de designar através dos níveis de estresse avaliados nas pessoas aquelas que integrarão o grupo de controle e as que integrarão o grupo de intervenção durante as 08 (oito semanas) subseqüentes.

Ambos os grupos irão reunir-se com a pesquisadora por 02 (duas) horas uma vez por semana em uma sala fechada com cadeiras para:

- o grupo de controle participar de palestras e debates acerca da meditação e seus benefícios para o gerenciamento do estresse acrescidas de novas aplicações periódicas dos inventários que mensuram os níveis de estresse e,
- o grupo de intervenção aprender e praticar meditação por 20 minutos, recebendo as orientações e instrumentos necessários para o acompanhamento de suas práticas diárias de meditação de manhã em sua casa e após o término das atividades de seu dia, tanto quanto serem submetidos à mensuração periódicas por meio dos inventários que avaliam

os níveis do estresse e de relatarem suas experiências meditativas na semana anterior aquela reunião.

Serão executados os protocolos científicos ocidentais que exigem a utilização de termos de consentimento dos participantes da pesquisa lhes garantindo sigilo dos seus dados pessoais e especificando a utilidade estatística dos resultados encontrados durante sua participação na pesquisa.

Do mesmo modo que a técnica de meditação aplicada nesta pesquisa tanto quanto os inventários de mensuração do estresse, termos de consentimento dos participantes e demais instrumentos de apoio à prática diária de meditação e às palestras sobre o assunto resultam de extensa e profunda pesquisa bibliográfica de publicações de natureza teórica, estudos de casos, testes clínicos, meta-análises e de livros sobre as investigações científicas ocidentais a respeito do gerenciamento do estresse por meio da meditação tais como: Meditação Mindfulness, Redução do Estresse baseado em Mindfulness (MBSR), Terapia Cognitiva baseada em Mindfulness (MBCT), Resposta de Relaxamento, Meditação Sidda Samadhy Yoga, Meditação Zen Budista, Meditação Raja Yoga, Meditação Vipassana, entre outras, pesquisas da medicina mente/corpo e da saúde tanto quanto de um vasto estudo teórico da filosofia milenar oriental sobre meditação, que poderá ser mais esclarecido pela pesquisadora.

Entretanto, vem esta carta de apresentação efetuar uma breve explanação sobre o escopo da referida pesquisa a fim de iniciar um primeiro contato com as instituições que se interessarem em apoiar esta pesquisa científica, permitindo o acesso da pesquisadora a seus alunos para que a mesma os convidem a participar da pesquisa do mesmo modo que solicita a permissão de utilização de sala com cadeiras para realização da pesquisa durante 08 (oito) semanas, do mesmo modo que recomendar um maior detalhamento por parte da pesquisadora as instituições, uma vez que no Brasil não contamos de clínicas e/ou institutos especializados em gerenciamento do estresse públicos e privados associados aos centros de pesquisa científica das universidades facilitando assim as investigações científicas deste.

Sem mais para o momento e acreditando na efetivação de parceria na execução desta pesquisa, subscrevemo-nos,

LUCIANA PUCCI SANTOS
Pesquisadora do HCTE/UFRJ

LUÍS ALFREDO VIDA DE CARVALHO
Prof. D.Sc. Orientador da Pesquisa HCTE/UFRJ

Ricardo S. Kubrusly
Coordenador HCTE / UFRJ
Reg: 0123577

ANEXO C

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Emmanuel Novaes Lipp

Nome: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Local de Nascimento _____/_____/_____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M( ) F( ) Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. ( ) Priv. ( )

Lateralidade: Destro ( ) Sinistro ( ) Ambidestro ( ) Profissão: _____

Função: _____ Data da Aplicação: _____/_____/_____
dia mês ano

Aplicador: _____ Início: _____ Término: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

AVALIAÇÃO

Após a soma dos resultados brutos, verifique as tabelas para as porcentagens.

Quadros	F		P		Total F + P	%
	Result. Bruto	%	Result. Bruto	%		
Q1 Alerta						
Q2 Resistência						
Q3 Exaustão						
Total						

VIDE TABELAS NO VERSO

Sinais de stress
P1 + F1 > 6
P2 + F2 > 3
P3 + F3 > 8

DIAGNÓSTICO

TEM STRESS ( ) NÃO TEM STRESS ( )
FASE ALERTA ( ) FASE DE RESISTÊNCIA ( )
FASE DE QUASE EXAUSTÃO ( ) FASE DE EXAUSTÃO ( )
Predominância de sintomas:
FÍSICOS ( ) PSICOLÓGICOS ( )

Quadro 1. Inventário de sintomas de stress (ISS)*
(Transcrito com permissão do CPSC)

PARTE 1 QUADRO 1 : Q1

A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

( ) 1. mãos ou pés frios
( ) 2. boca seca
( ) 3. nó no estomâgo
( ) 4. aumento de sudore
( ) 5. tensão muscular
( ) 6. aperto da madíbula/ranger de dentes
( ) 7. diarréia passageira
( ) 8. insônia
( ) 9. taquicardia
( ) 10. hiperventilação
( ) 11. hipertensão arterial súbita e passageira
( ) 12. mudança de apetite

Some 1 ponto para F1 que assinalou: F1 = ...

B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

( ) 13. aumento súbito de motivação
( ) 14. entusiasmo súbito
( ) 15. vontade súbita de iniciar novos projetos

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou:P1 = ...

PARTE 2 QUADRO 2: Q2

A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na ultima semana

( ) 1. problemas com a memória
( ) 2. ma-estar generalizado, sem causa específica
( ) 3. formigamento das extremidades
( ) 4. sensação de desgaste físico constante
( ) 5. mudança de apetite
( ) 6. aparecimento de problemas dermatológicos
( ) 7. hipertensão arterial
( ) 8. cansaço constante
( ) 9. gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada
( ) 10. tontura ou sensação de estar flutuando

Some 1 ponto para cada F2 que aasinalou:F2 = ...

B) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

( ) 11. sensibilidade emotiva excessiva
( ) 12. dúvida quanto a si próprio
( ) 13. pensar constantemente em um só assunto
( ) 14. irritabilidade excessiva
( ) 15. diminuição da libido

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou: P2 = ...

PARTE 3 QUADRO 3: Q3

A) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado no último mes

( ) 1. diarréia freqüente
( ) 2. dificuldades sexuais
( ) 3. insônia
( ) 4. náusea
( ) 5. tiques
( ) 6. hipertensão arterial continuada
( ) 7. problemas dermatológicos prolongados
( ) 8. mudança extrema de apetite
( ) 9. excesso de gases
( ) 10. tontura freqüente
( ) 11. úlcera, colite ou outro problema digestivo sério
( ) 12. enfarte

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou: F3 = ...

B) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado no último mês

( ) 13. impossibilidade de trabalhar
( ) 14. pesadelos freqüentes
( ) 15. sensação de incompetência em todas as áreas
( ) 16. vontade de fugir de tudo
( ) 17. apatia, depressão ou raiva prolongada
( ) 18. cansaço constante e excessivo
( ) 19. pensar e falar constantemente em um só assunto
( ) 20. irritabilidade freqüente sem causa aparente
( ) 21. angústia, ansiedade, medo diariamente
( ) 22. hipersensibilidade emotiva
( ) 23. perda do senso de humor

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou: P3 = ...

Avaliação

			Total Horizontal
A) F1 ( )	P1 ( )		
B) F2 ( )	P2 ( )		
C) F3 ( )	P3 ( )		
Total vertical	F3 ( )	P3 ( )	

Linha A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de alerta
Linha B. Sintomas F(físicos) e P (psicológicos) da fase de resistência
Linha C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de exaustão

ANEXO D

BAI

Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique 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** Dificilmente 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).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO E

BHS

Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

1.	Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	(C) (E)
2.	Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	(C) (E)
3.	Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	(C) (E)
4.	Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	(C) (E)
5.	Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	(C) (E)
6.	No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	(C) (E)
7.	Meu futuro me parece negro.	(C) (E)
8.	Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	(C) (E)
9.	Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	(C) (E)
10.	Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	(C) (E)
11.	Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	(C) (E)
12.	Não espero conseguir o que realmente quero.	(C) (E)
13.	Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	(C) (E)
14.	As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	(C) (E)
15.	Tenho uma grande fé no futuro.	(C) (E)
16.	Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	(C) (E)
17.	É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	(C) (E)
18.	O futuro me parece vago e incerto.	(C) (E)
19.	Posso esperar mais tempos bons do que maus.	(C) (E)
20.	Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	(C) (E)

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO F

BDI

Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____ Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14
0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

15
0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16
0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17
0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18
0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19
0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____Não_____

20
0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21
0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

ANEXO G

SEMANÁRIO DE PRÁTICAS DIÁRIAS DE MEDITAÇÃO *VIPASSANA*

Nome: _____ Período de _____/____/ 08 a _____/____/ 08

Escreva uma **FRAS**E que expresse seu estado geral antes do início da meditação e outra depois desta nos espaços indicados e assinale com um **X** nas colunas referentes às etapas da meditação que você apresentou dificuldades durante sua prática (Não se esqueça de preencher a data e a duração da prática).

1º Dia: ____/____/ 07	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**									**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**AP**	**RA**	**FA**	**PE**	**CPE**	**DPE**	**TM**	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

2º Dia: ____/____/ 07	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**									**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**AP**	**RA**	**FA**	**PE**	**CPE**	**DPE**	**TM**	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

3º Dia: ____/____/ 07	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**									**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**AP**	**RA**	**FA**	**PE**	**CPE**	**DPE**	**TM**	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

8ª Semana	**Evento Estressor Vivenciado**

Legenda: **SPC =** Sentar na Postura Correta
RM = Relaxamento dos Músculos do Corpo
RA = Respiração Abdominal em Ritmo Regularizado
AP = Assumir um Estado Interno de Atenção com Atitude Positiva e voltar o foco de atenção para Frente levemente para o alto
FA = concentrar a atenção na Respiração Abdominal
PE = Percepção do Pensamento Espontâneo
CPE = Classificação da Natureza do Pensamento Espontâneo
DPE = Deixar o Pensamento Espontâneo e Retornar
TM = Término da Meditação Vipassana

4º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas									Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	AP	RA	FA	PE	CPE	DPE	TM	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

5º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas									Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	AP	RA	FA	PE	CPE	DPE	TM	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

6º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas									Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	AP	RA	FA	PE	CPE	DPE	TM	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

7º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas									Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	AP	RA	FA	PE	CPE	DPE	TM	
Início do Dia Duração: min											
Término do Dia Duração: min											

Legenda: **SPC =** Sentar na Postura Correta
RM = Relaxamento dos Músculos do Corpo
RA = Respiração Abdominal em Ritmo Regularizado
AP = Assumir um Estado Interno de Atenção com Atitude Positiva e voltar o foco de atenção para Frente levemente para o alto
FA = concentrar a atenção na Respiração Abdominal
PE = Percepção do Pensamento Espontâneo
CPE = Classificação da Natureza do Pensamento Espontâneo
DPE = Deixar o Pensamento Espontâneo e Retornar
TM = Término da Meditação Vipassana

ANEXO H

ROTEIRO PARA A PRÁTICA DIÁRIA DE MEDITAÇÃO *VIPASSANA*

Duração de cada prática diária: é de 25 minutos sendo uma meditação realizada ao amanhecer, antes de qualquer atividade e a outra, ao anoitecer ou então após as atividades do dia.

Roteiro:

1 – Vamos permanecer sempre atentos durante nossa prática de meditação.

2 – Vamos nos sentar na posição correta, que quer dizer, coluna vertebral ereta, com as omoplatas encostadas no apoio vertical; braços soltos sobre as coxas sem realizar ou sofrer quaisquer tipos de pressão, cabeça naturalmente erguida e olhos fechados.

3 – Agora, num ato de vontade, ou melhor, numa intenção consciente, vamos relaxar todos os músculos do nosso corpo físico. Relaxar significa soltar. Então, permanecendo atentos, vamos soltar:

Todos os músculos do nosso pescoço,
Agora vamos soltar os músculos dos nossos ombros,
Vamos soltar os músculos dos nossos braços,
Vamos soltar nossos cotovelos,
Agora vamos soltar os músculos dos nossos ante-braços,
Vamos soltar os músculos dos nossos punhos,
Vamos soltar nossas mãos e dedos das mãos.

E nos mantendo atentos, vamos soltar os músculos do nosso tórax,
Vamos soltar os músculos do nosso abdômen,
Vamos relaxar nossas vísceras (fossas nasais, faringe, laringe, traquéia, pulmões, coração, fígado, baço, estômago, pâncreas, intestinos, rins, ureter, bexiga, uretra, órgão sexuais (se mulher vamos soltar os ovários, as trompas de falópio, o útero e a vagina e, se homem vamos soltar os testículos, próstata, canais seminais e o pênis),
Vamos soltar os músculos do nosso quadril.

Permanecendo sempre atentos, vamos soltar os músculos de nossas pernas e pés:
Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas coxas,
Vamos soltar nossos joelhos,
Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas panturrilhas,
Vamos soltar os nossos tornozelos,
Vamos soltar os nossos pés e dedos dos pés.

E continuando atentos, vamos relaxar os músculos de nossa face, pois meditação que significa controle mental não quer dizer contração dos músculos da testa ou da sobrancelha. Então:
Vamos soltar os músculos da nossa testa,
Vamos soltar as nossas sobrancelhas,
Vamos soltar a pálpebras dos nossos olhos e os músculos ao redor dele,
Vamos soltar as nossas bochechas,
Vamos soltar os músculos do nosso nariz e em torno dele,
Vamos soltar o nosso queixo,
Vamos soltar os nossos lábios e músculos ao redor dele,
Vamos soltar nossa língua,
Vamos soltar nossos maxilares.

E vamos manter durante toda a nossa meditação todos os músculos do nosso corpo físico relaxados.

4 – Nos mantendo sempre atentos, vamos agora verificar que o Foco de nossa Atenção, ou melhor, o Centro de nossa Atenção, onde nós nos percebemos, está localizado no centro de nossa cabeça em algum lugar na interseção entre os planos horizontal no nível dos olhos e vertical entre os olhos.

E não em nosso joelho direito, ou nos percebemos lá?
E não no nosso pé esquerdo, ou nos percebemos lá?
E não no dedo mindinho da nossa mão esquerda ou nos percebemos lá?

Não, o Foco de nossa Atenção, onde nós nos percebemos, está localizada dentro de nossa cabeça em algum lugar entre os planos horizontal no nível de nossos olhos e vertical entre nossos olhos. Este foco de nossa atenção pode voltar-se para baixo, para frente e para o alto a depender de nosso estado interno de atenção.

Nosso Estado Interno de Atenção pode ter atitude positiva ou negativa.

Um estado interno de atenção de atitude negativa é aquele que nos percebemos pessimista, deprimidos, fracassados, oprimidos e faz com que nosso Foco de Atenção se volte para baixo e adotemos uma postura arcada com cabeça voltada para nossos pés, soturna, desenvolvendo ao longo do tempo uma corcunda em nossa coluna dorsal e servical.

Já um estado interno de atitude positiva é aquele que nos percebemos cheios de esperança, alegres, otimistas, seguros, altivos e faz com que nosso Foco de Atenção se volte para frente e levemente para o alto e nossa postura se torna ereta, ombros abertos e cabeça naturalmente erguida.

Então, nesse exato momento, nos mantendo sentados na posição correta (coluna vertebral ereta e cabeça naturalmente erguida), mantendo todos os músculos do nosso corpo físico relaxados, vamos adotar um Estado Interno de Atenção de Atitude Positiva e Voltar nosso Foco de Atenção para Frente e Levemente para o Alto. Como se estivéssemos de olhos abertos e enxergássemos levemente acima do nosso horizonte visual normal.

E vamos manter durante toda nossa meditação: nosso Estado Interno de Atenção com Atitude Positiva e nosso Foco de Atenção voltado para Frente e Levemente para o Alto.

5 – Agora, permanecendo sentados na posição correta (coluna vertebral ereta e cabeça naturalmente erguida), mantendo nosso Estado Interno de Atenção com Atitude Positiva e nosso Foco de Atenção voltado para Frente e Levemente para o Alto, vamos verificar o Estado de Relaxamento de cada músculo de nosso corpo físico e veremos que é possível soltá-los ainda mais, intercalaremos com a verificação de nosso Foco de Atenção que deverá sempre estar voltado para frente e levemente para o alto que iremos praticar individualmente e silenciosamente a partir deste momento.

Vamos soltar os músculos do nosso pescoço e dos nossos ombros,
Vamos soltar os músculos dos nossos braços e os nossos cotovelos,
Agora vamos soltar nos músculos dos nossos ante-braços e dos nossos punhos,
Vamos soltar nossas mãos e dedos das mãos.

Permanecendo nosso Foco de Atenção voltado para Frente e Levemente para o Alto, vamos soltar os músculos do nosso tórax e do nosso abdômen,

Vamos relaxar nossas víceras (fossas nasais, faringe, laringe, traquéia, pulmões, coração, fígado, baço, estômago, pâncreas, intestinos, rins, ureter, bexiga, uretra, órgão sexuais (se mulher vamos soltar os ovários, as trompas de falópio, o útero e a vagina e, se homem vamos soltar os testículos, próstata, canais seminais e o pênis),

Vamos soltar os músculos do nosso quadril.

Mantendo nosso Foco de Atenção voltado para Frente e Levemente para o Alto, vamos soltar os músculos de nossas pernas e pés:

Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas coxas e nossos joelhos,
Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas panturrilhas e nossos tornozelos,
Vamos soltar os nossos pés e dedos dos pés.

E continuando com nosso Foco de Atenção voltado para Frente e Levemente para o Alto, vamos relaxar os músculos de nossa face:

Vamos soltar os músculos da nossa testa e as nossas sobrancelhas,
Vamos soltar a pálpebras dos nossos olhos e os músculos ao redor dele,
Vamos soltar as nossas bochechas,
Vamos soltar os músculos do nosso nariz e em torno dele,
Vamos soltar o nosso queixo,
Vamos soltar os nossos lábios e músculos ao redor dele,
Vamos soltar nossa língua,
Vamos soltar nossos maxilares.

E vamos manter durante toda a nossa meditação todos os músculos do nosso corpo físico relaxados.

6 – Agora, vamos adotar a respiração abdominal, ou seja, a respiração espontânea. Esta respiração mantém todos os seres vivos, durante o estado de sono, respirando sem esforço físico. Ela se dá através dos movimentos do diafragma e da nossa barriga. Quando inspiramos o diafragma se expande, projetando nossa barriga para fora e, quando expiramos o diafragma se contrai, encolhendo nossa barriga.

Então, inspira: barriga para fora.

Expira: barriga para dentro.

Inspira: barriga para fora.

Expira: barriga para dentro.

E vamos, a partir de agora regularizar o ritmo de nossa respiração abdominal. Vamos lentamente reduzi-lo, acalmá-lo, serenizá-lo até obtermos o ritmo da respiração espontânea, aquele durante nosso estado de sono e que está em harmonia com os movimentos da natureza como os movimentos das marés.

A maré enche, a água banha delicadamente a areia da praia. A maré vaza, a água delicadamente deixa a areia da praia. Inspira: a maré enche. Expira: a maré vaza. Inspira: a maré enche. Expira: a maré vaza.

Vamos manter durante toda a nossa meditação a nossa respiração abdominal em ritmo regularizado. E vamos focalizar nossa Atenção em nossa respiração abdominal em ritmo regularizado, mantendo sempre seu Foco, voltado para frente e levemente para o alto com estado interno de atenção de atitude positiva.

Então, nossa prática de meditação requer:

Que fiquemos sentados na posição correta: coluna vertebral ereta e cabeça naturalmente erguida;

Que deixemos todos os músculos de nosso corpo físico relaxados;

Que seja mantida a nossa respiração abdominal em ritmo regularizado, sendo focalizada pelo nosso Foco de Atenção, que estará sempre voltado para frente e levemente para o alto.

7 - E quando um pensamento espontâneo aflorar em nossa mente, focalizando nosso Foco de Atenção sobre ele, assim que nos dermos conta de sua presença, iremos gentilmente interromper o processo de racionalização que o envolve ao classificarmos, de modo breve, a sua natureza, ou seja, ao que está ligado (trabalhão, família, filhos, atividades do dia, aos planos futuros, ao desejo de realização, a uma alegria, a uma angústia, tristeza, desgosto, ente outros) e delicadamente voltar a focalizar nosso Foco de Atenção em nossa respiração abdominal em ritmo regular.

Vamos lembrar que um processo de racionalização envolve observação, identificação, classificação, comparação, avaliação, problematização, resolução, memorização, agendamento, experimentação de sensações associadas a qualquer pensamento em forma de palavras, sons e imagens.

E que focalizar é apenas perceber a presença ou existência de algo. Por exemplo: identificar o ar passando pelas nossas narinas é racionalização, já constatar os movimentos da nossa barriga durante a respiração abdominal sem analisá-los ou identificar sua forma, é focalização.

8 – Portanto, nossa prática de meditação exige o tempo todo que:

Fiquemos sentados na posição correta: coluna vertebral ereta, cabeça naturalmente erguida, mantendo nossos olhos fechados;

Deixemos todos os músculos de nosso corpo físico relaxados;

Seja mantida a nossa respiração abdominal em ritmo regularizado, sendo focalizada pelo nosso Foco de Atenção, que estará sempre voltado para frente e levemente para o alto.

Quando um pensamento espontâneo aflorar em nossa mente, concentrando nosso Foco de Atenção sobre ele, assim que nos dermos conta de sua presença, iremos gentilmente interromper o processo de racionalização que o envolve por da breve classificação de sua natureza – ao que está relacionado - e delicadamente voltar a concentrar nosso Foco de Atenção em nossa respiração abdominal em ritmo regularizado.

Essa é a Meditação Vipassana, ensinada pelo Buda a toda a humanidade, que vamos continuar a praticar individualmente e silenciosamente a partir de agora.

9 – Quando percebermos que se passaram 25 minutos de prática de meditação, vamos lentamente abrir nossos olhos e, durante alguns minutos, vamos alongar nossos músculos, esticar nossos membros superiores e inferiores e nos espreguiçar para iniciarmos ou retomarmos as demais atividades de nosso cotidiano.

ANEXO I

SEMANÁRIO DE PRÁTICAS DIÁRIAS DE MEDITAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO

Nome: _____ Período de _____/____/ 08 a _____/____/ 08

Escreva uma **FRAS**E que expresse seu estado geral antes do início da meditação e outra depois desta nos espaços indicados e assinale com um **X** nas colunas referentes às etapas da meditação que você apresentou dificuldades durante sua prática (Não se esqueça de preencher a data e a duração da prática).

1º Dia: **____/____/ 07**	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**			**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**NC**	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

2º Dia: **____/____/ 07**	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**			**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**NC**	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

3º Dia: **____/____/ 07**	**Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação**	**Dificuldades Etapas**			**Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação**
		SPC	**RM**	**NC**	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

8ª Semana	**Evento Estressor Vivenciado**

Legenda:
SPC = Sentar na Postura Correta com os Olhos Fechados
RM = Relaxamento dos Músculos do Corpo
NC = Concentrar-se na Nota Chave: TUDO VAI DAR CERTO.

4º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas			Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	NC	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

5º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas			Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	NC	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

6º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas			Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	NC	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

7º Dia: ____/____/ 07	Frase que expresse seu estado geral antes do início da meditação	Dificuldades Etapas			Frase que expresse seu estado geral após o término da meditação
		SPC	RM	NC	
Início do Dia Duração: min					
Término do Dia Duração: min					

Legenda:
SPC = Sentar na Postura Correta com os Olhos Fechados
RM = Relaxamento dos Músculos do Corpo
NC = Concentrar-se na Nota Chave: TUDO VAI DAR CERTO.

ANEXO J

ROTEIRO PARA A PRÁTICA DIÁRIA DE MEDITAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO

Duração de cada prática diária: é de 25 minutos sendo uma meditação realizada ao amanhecer, antes de qualquer atividade e a outra, ao anoitecer ou então após as atividades do dia.

Roteiro:

1 – Vamos permanecer sempre atentos durante nossa prática de meditação.
2 – Vamos nos sentar na posição correta, que quer dizer, coluna vertebral ereta, com as omoplatas encostadas no apoio vertical; braços soltos sobre as coxas sem realizar ou sofrer quaisquer tipos de pressão, cabeça naturalmente erguida e olhos fechados.
3 – Agora, vamos relaxar todos os músculos do nosso corpo físico. Relaxar significa soltar. Então, vamos soltar:

Todos os músculos do nosso pescoço,
Agora vamos soltar os músculos dos nossos ombros,
Vamos soltar os músculos dos nossos braços,
Vamos soltar nossos cotovelos,
Agora vamos soltar os músculos dos nossos ante-braços,
Vamos soltar os músculos dos nossos punhos,
Vamos soltar nossas mãos e dedos das mãos.

E nos mantendo atentos, vamos soltar os músculos do nosso tórax,
Vamos soltar os músculos do nosso abdômen,
Vamos relaxar nossas vísceras (fossas nasais, faringe, laringe, traquéia, pulmões, coração, fígado, baço, estômago, pâncreas, intestinos, rins, ureter, bexiga, uretra, órgão sexuais (se mulher vamos soltar os ovários, as trompas de falópio, o útero e a vagina e, se homem vamos soltar os testículos, próstata, canais seminais e o pênis),
Vamos soltar os músculos do nosso quadril.

Permanecendo sempre atentos, vamos soltar os músculos de nossas pernas e pés:
Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas coxas,
Vamos soltar nossos joelhos,
Vamos soltar a parte anterior e posterior de nossas panturrilhas,
Vamos soltar os nossos tornozelos,
Vamos soltar os nossos pés e dedos dos pés.

E continuando atentos, vamos relaxar os músculos de nossa face, pois meditação que significa controle mental não quer dizer contração dos músculos da testa ou da sobrancelha. Então:
Vamos soltar os músculos da nossa testa,
Vamos soltar as nossas sobrancelhas,
Vamos soltar a pálpebras dos nossos olhos e os músculos ao redor dele,
Vamos soltar as nossas bochechas,
Vamos soltar os músculos do nosso nariz e em torno dele,
Vamos soltar o nosso queixo,
Vamos soltar os nossos lábios e músculos ao redor dele,
Vamos soltar nossa língua,
Vamos soltar nossos maxilares.

E vamos manter durante toda a nossa meditação todos os músculos do nosso corpo físico relaxados.
4 – Nos mantendo sempre atentos, vamos agora nos centrar na nota-chave: TUDO VAI DAR CERTO.
5 – Portanto, nossa prática de meditação exige o tempo todo que:

Fiquemos sentados na posição correta: coluna vertebral ereta, cabeça naturalmente erguida, mantendo nossos olhos fechados;
Deixemos todos os músculos de nosso corpo físico relaxados;
Seja mantida a concentração na nota-chave: TUDO VAI DAR CERTO.

Essa é a Meditação que vamos continuar a praticar individualmente e silenciosamente a partir de agora.

6 – Quando percebermos que se passaram 25 minutos de prática de meditação, vamos lentamente abrir nossos olhos e, durante alguns minutos, vamos alongar nossos músculos, esticar nossos membros superiores e inferiores, nos espreguiçar para então, iniciarmos ou retomarmos as demais atividades de nosso cotidiano.

ANEXO K



COPPE
Instituto de Matemática
Instituto de Química
Instituto de Física
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

HCTE – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia

Mestrado e Doutorado

Experimento de Meditação para Redução do *Stress* - HCTE / 2008

Professor do HCTE / UFRJ: Luis Alfredo Vidal de Carvalho, D.Sc.
Professor da EBA / UFRJ: Ricardo Wagner
Pesquisadora do HCTE / UFRJ: Luciana Pucci Santos, M.Sc.

AVALIAÇÃO INDIVIDUAL SOBRE O EXPERIMENTO

Participante:

Data:

Instruções: Responda as questões apresentadas as seguir considerando para cada questão, a sua avaliação após o término do período de 08 (oito) semanas do Experimento de Meditação para Redução do *Stress* - HCTE/UFRJ.

1. **Você qualifica agora a prática de Meditação como:**

( ) um procedimento difícil
( ) um procedimento claro
( ) um procedimento fácil

2. **Você pretende dar continuidade a sua prática diária de Meditação:**

( ) Sim, mantendo as duas práticas diárias de meditação
( ) Sim, mantendo apenas uma prática diária de meditação
( ) Não

3. **Sua pretensão de continuar com a prática diária de Meditação está relacionada aos benefícios que obteve?**

( ) Sim ( ) Não

4. **Você julgaria que obteve uma melhora geral do seu quadro físico, emocional e mental com a prática diária de Meditação?**

( ) Sim, nestas três dimensões
( ) Sim, nas dimensões física e mental
( ) Sim, apenas nos aspectos físicos
( ) Sim, apenas nos aspectos mentais
( ) Sim, nas dimensões física e emocional
( ) Sim, nas dimensões emocional e mental
( ) Sim, apenas nos aspectos emocionais
( ) Não, em nenhuma destas esferas

5. **Você diria que a melhora mais significativa obtida com a prática diária de Meditação foi:**

( ) nos aspectos físicos ( ) nos aspectos emocionais ( ) nos aspectos mentais
( ) nos aspectos físicos, emocionais e mentais ( ) em nenhuma destes

6. **Em se tratando de benefício obtido, você diria que os aspectos depressivos melhoraram?**

( ) Sim ( ) Não

7. E quanto ao comportamento ansioso, diminuiu?
( ) Sim ( ) Não

8. Em relação aos pensamentos pessimistas, foram reduzidos?
( ) Sim ( ) Não

9. Referente a sensação de estar e*stress*ado, reduziu?
( ) Sim ( ) Não

10. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação lhe proporcionou acréscimo de bem-estar físico de: ____ %

11. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação lhe proporcionou acréscimo de bem-estar emocional de: ____ %

12. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação lhe proporcionou acréscimo de bem-estar mental de: ____ %

13. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação reduziu seu *stress* em: ____ %

14. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação reduziu a ansiedade em: ____ %

15. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação reduziu a depressão em: ____ %

16. Numa escala de 0 a 100, você diria que a meditação reduziu o pessimismo em: ____ %

17. Assinale da relação abaixo o que você percebeu que mudou com a prática diária de Meditação, sendo obrigatório, primeiro assinalar uma das colunas da esquerda referentes a redução ou ao aumento, para então, assinalar o elemento alterado nas colunas da direita (nestas podendo assinalar mais de um)?

( ) Redução	( ) Aumento	( ) Sensação de cansaço	( ) Disposição para a vida
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Sensação de ansiedade	( ) Interesse pelas atividades
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Pessimismo	( ) Otimismo
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Melancolia	( ) Sensação de alívio
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Angústia	( ) Tranqüilidade
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Sofrimento	( ) Alegria
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Tensões musculares	( ) Relaxamento muscular
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Mal humor	( ) Humor bom
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Mal-estar	( ) Bem-estar
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Nervosismo	( ) Equilíbrio emocional
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Preocupação	( ) Sensação de confiança
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Receios	( ) Sensação de segurança
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Sentimento de culpa	( ) Compreensão dos fatos
( ) Redução	( ) Aumento	( ) Comportamento retraído	( ) Comportamento expansivo

---

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE I

ESCALAS DIAGNÓSTICAS

Com a finalidade de realizar um julgamento clínico de pessoas com *stress* excessivo, ou seja, com *distress*, é necessário executar uma avaliação comportamental e clínica. Estudos sobre este tipo de avaliação têm sido desenvolvidos na área da psicologia comportamental e têm apresentado como instrumentos facilitadores da diagnose as escalas de mensuração da saúde, que obtém a informação do indivíduo através de comunicação verbal e não verbal complementado pelas escalas clínicas de avaliação psicológica.

Dentre as escalas de comunicação, também denominadas de auto-avaliação, está o Inventário de Sintomas de *Stress* (ISSL) elaborado com base nos conceitos de Selye e validado por Lipp e Guevara (1994). Já dentre as escalas clínicas de avaliação psicológica da ansiedade estão o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), o Inventário de Beck para Depressão (BDI) e o Inventário Beck para Pessimismo (BHS).

Inventário de Sintomas de *Stress* (ISSL)

O ISSL é composto de três quadros cada um se referindo a uma das fases do processo de *stress*, de acordo com o modelo trifásico de Selye (1956). Permite avaliar os sintomas de *stress* tanto ao nível cognitivo como ao nível somático e possibilita ainda identificar a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra. O respondente é solicitado a indicar se tem tido o sintoma de *stress* especificado em cada quadro em 24 horas, 1 semana ou 1 mês. Os dois primeiros quadros, que se referem às fases de alarme e resistência respectivamente, contam com 15 itens cada e o terceiro quadro, que permite o diagnóstico do *stress* já em fase de exaustão, possui 23 itens. A avaliação é feita em termos das tabelas percentuais.

Permite avaliar os sintomas de *stress* tanto ao nível cognitivo como ao nível somático e possibilita ainda identificar a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra. O respondente é solicitado a indicar se tem tido o sintoma de *stress* especificado em cada quadro em 24 horas, 1 semana ou 1 mês. Os dois primeiros quadros, que se referem às fases de alarme e resistência respectivamente, contam com 15 itens cada e o terceiro quadro, que permite o diagnóstico do *stress* já em fase de exaustão, possui 23 itens. A avaliação é feita em termos das tabelas percentuais.

A correção e avaliação do ISSL, deverá seguir os seguintes passos (Lipp, 2005.c, p. 17-22) a serem preenchidas, conforme os quadros apresentados nas folhas de resposta desta escala:

Passo 1. Somar todos os sintomas assinalados no quadro 1a (F1) com os assinalados no quadro 1b (P1);

Passo 2. Somar todos os sintomas assinalados no quadro 2a (F2) com os assinalados no quadro 2b (P2);

Passo 3. Somar todos os sintomas assinalados no quadro 3a (F2) com os assinalados no quadro 3b (P3) e anotar os três escores, um por quadro, um a um em cada linha como no quadro a seguir:

Modelo de anotação dos escores ISSL por quadro

QUADRO	ESCORE BRUTO POR QUADRO
1	Escreva aqui o escore de 1 a + 1 b (F1+P1)
2	Escreva aqui o escore de 2 a + 2 b (F2+P2)
3	Escreva aqui o escore de 3 a + 3 b (F3+P3)

Fonte: LIPP (2005 p. 17).

Passo 4. Verificar se o escore bruto do quadro 1 é maior do que 6. Se for menor, desconsidere este dado. Se for maior, isto indica que a pessoa tem *stress*;

Passo 5. Verificar se o escore bruto do quadro 2 é maior do que 3. Se for menor, desconsidere este dado. Se for maior, isto indica que a pessoa tem *stress*;

Passo 6. Verificar se o escore bruto do quadro 3 é maior do que 8. Se for menor, desconsidere este dado. Se for maior, isto indica que a pessoa tem *stress*;

Passo 7. O diagnóstico de *stress* pode ser feito se qualquer dos escores brutos atingirem os limites determinados – maior que 6 no quadro 1, ou maior que 3 no quadro 2 ou ainda maior que 8 no quadro 3. Em qualquer destes casos o diagnóstico é positivo para *stress*;

Passo 8. Procurar na Tabela 2, Tabela de Correção 1 entitulada Fases do *Stress*, os valores brutos por quadro que foram anotados no passo 3. Verificar a porcentagem correspondente a cada um. Haverá 3 porcentagens, como quadro a seguir.

Modelo de anotação das porcentagens dos escores ISSL por quadro

QUADRO	ESCORE BRUTO	ESCORE BRUTO POR QUADRO
1	(1a + 1b)	Escreva aqui a %
2	(2a + 2b)	Escreva aqui a %
3	(3a + 3b)	Escreva aqui a %

Fonte: LIPP (2005 p. 18).

Passo 9. Ver das 3 qual é a porcentagem mais elevada. A maior percentagem obtida indicará a fase do *stress* em que a pessoa se encontra. O Quadro 1 do ISSL corresponde à Fase de Alerta, o Quadro 3 corresponde à Fase de Exaustão. O Quadro 2 é dividido em duas partes mostrando a divisão entre as fases de resistência e de quase-exaustão. Os escores entre 4 e 9, e suas respectivas porcentagens, indicam a Fase de Resistência. Os escores de 10 até 15,com porcentagens acima de 50, indicam a Fase de Quase-Exaustão.

Observação 1, caso haja empate, e a pessoa apresente porcentagens iguais em mais de uma fase, o diagnóstico deve ser feito da fase mais avançada e Observação 2, quando a pessoa apresenta escores brutos acima dos limites em mais do que um quadro - maior que 6 no quadro 1, ou maior que 3 no quadro 2 ou ainda maior que 8 no quadro 3 -, isto significa que o *stress* está em processo de agravamento e que em breve, se nenhuma intervenção for realizada, ela provavelmente estará na fase mais adiantada do *stress*.

Tabela de Correção I – Fase do *Stress*

Quadro 1		**Quadro 2**		**Quadro 3**	
Fase 1 Alerta		**I) Fase 2 Resistência**		**Fase 4 Exaustão**	
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem
7	11	4	8	9	7
8	22	5	17	10	13
9	33	6	25	11	20
10	44	7	33	12	27
11	56	8	42	13	33
12	57	9	50	14	40
13	78	**Parte II**		15	47
14	89	**II) Fase 3 Quase-Exaustão**		16	53
15	100	10	58	17	60
		11	67	18	67
		12	75	19	73
		13	83	20	80
		14	92	21	87
		15	100	22	93
				23	100

Fonte: LIPP (2005 p. 20).

Passo 10. A fim de saber se o respondente apresenta uma prevalência de sintomas na área psicológica ou na física, considera-se na avaliação somente a fase de *stress* na qual ele se encontra. Este dado foi obtido no passo 9. Anotar o total bruto dos sintomas psicológicos e, separadamente, o total bruto dos sintomas físicos do quadro onde o *stress* foi diagnosticado no passo 9, como quadro 5.

Quadro 5 – Modelo de anotação dos escores brutos por tipo de sintomatologia por quadro

QUADRO	ESCORE BRUTO	ESCORE BRUTO POR QUADRO
Onde o *stress* foi diagnosticad1	FÍSICO	PSICOLÓGICO
Quadro: (1,2ou 3 indique qual)		

Fonte: LIPP (2005 p. 19).

Passo 11. Verificar na Tabela 3, Tabela de Correção 2, a porcentagem correspondente a escore bruto dos sintomas físicos (notas F) somente da fase em que a pessoa se encontra. Anotar a porcentagem para ser comparada no passo12 com a porcentagem referente aos sintomas psicológicos;

Passo 12. Verificar na Tabela 4, Tabela de Correção 3, a porcentagem correspondente ao escore bruto dos sintomas psicológicos (notas P) somenteem que a pessoa se encontra. Anotar a porcentagem como quadro 6.

Quadro 6 – Modelo de anotação das porcentagens por tipo de sintomatologia por quadro

Quadro	Sintomas Físicos	%	Sintomas Psicológicos	%

Fonte: LIPP (2005 p. 19).

A porcentagem maior revela onde o *stress* está mais manifestado, ou seja, a área de maior vulnerabilidade da pessoa. É possível que as porcentagens sejam iguais, em cujo caso a pessoa tem a tendência para ter sintomas tanto em uma área como naoutra.

Tabela 3 – Tabela de Correção II – Tipo de Sintomatologia – Sintomas Físicos

Fase de Alerta		Fase de Resistência / Quase-Exaust]ao		Fase de Exaustão	
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem
1	8	1	10	1	8
2	16	2	20	2	16
3	25	3	30	3	25
4	33	4	40	4	33
5	41	5	50	5	41
6	50	6	60	6	50
7	58	7	70	7	58
8	66	8	80	8	66
9	75	9	90	9	75
10	83	10	100	10	83
11	91			11	91
12	100			12	100

Fonte: LIPP (2005 p. 21).

Tabela 4 – Tabela de Correção III – Tipo de Sintomatologia – Sintomas Psicológicos

Fase de Alerta		**Fase de Resistência / Quase-Exaust]ao**		**Fase de Exaustão**	
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem
1	33	1	20	1	9
2	66	2	40	2	18
3	100	3	60	3	27
		4	80	4	36
		5	100	5	45
				6	54
				7	63
				8	72
				9	81
				10	90
				11	100

Fonte: LIPP (2005 p. 22).

Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

O BAI desses inventários foi proposto por Beck para medir os sintomas comuns de ansiedade (CUNHA, 1997) e consta de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha em 1999 com classificação brasileira realizada pelo estudo de cinco mil casos de ansiedade, propondo os seguintes resultados: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave.

Inventário de Beck para Depressão (BDI)

No caso do BDI, que foi proposto por Beck a fim de constituir uma forma objetiva para medir as manifestações comportamentais da depressão, compreendendo 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de depressão. O paciente deveria escolher a que lhe parecesse mais apropriada (CUNHA, 1999). A soma dos escores identifica o nível de depressão. Esse instrumento também foi validado por Cunha em 1999 e a sua classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo o seguinte resultado: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; e 36 a 63 – grave.

Inventário Beck para Pessimismo (BHS)

O BHS, também proposto por Beck como dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente ao futuro. Este instrumento foi concebido como uma maneira de operacionalizar o componente pessimismo do modelo cognitivo de Beck sobre depressão. A BHS é uma escala dicotômica, que engloba vinte itens, consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. Ao concordar – certo – ou discordar – errado – com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível "avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto". Dentro o total de itens, nove deles, quando assinalados "Errado", e onze, como "Certo", caracterizam a direção crítica. Esse instrumento foi validado, no Brasil, por Cunha em 1999 com classificação realizada por meio de pesquisa científica que propôs os seguintes resultados: 0 a 4 mínimo; 5 a 8 leve; 9 a 13 moderado e 14 a 20 grave.

De acordo com os diferentes aspectos do *stress* mensuráveis, observa-se que as escalas de Beck enfatizam os aspectos psicológicos enquanto os Inventários de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL) tem uma grande proporção de seus itens medindo aspectos somáticos, que podem estar presentes em qualquer situação de *stress*. Este conjunto diagnostica o *stress* excessivo ou *distress*.