**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE**

**"Os efeitos de um programa de *mindfulness* para
profissionais da atenção primária à saúde: um estudo
antes-e-depois"**

Ribeirão Preto – SP

Maio de 2018

MARIANA FERNANDES

"Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois"

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde na
Comunidade, Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Giordana Campos Braga

Ribeirão Preto – SP

Maio de 2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Preparada pela Biblioteca do Serviço e Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Fernandes, Mariana

Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois. Mariana Fernandes; orientadora, Giordana Campos Braga. – 2018

73 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

1. *Mindfulness*. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissionais de Saúde. I. Braga, Giordana Campos, orient. II. Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois.

Nome: FERNANDES, Mariana.

Título: Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde na
Comunidade, Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Julgamento _____

Dedicatória

Aos meus pais, minha irmã e meu noivo, com gratidão e admiração pelo acolhimento, incentivo, presença, apoio e amor incondicionais durante todo o processo de construção deste trabalho.

Agradecimentos

A Profa. Jaqueline R. Cunha Netto, que em 2014 deu-me asas para trilhar meu caminho de descoberta pessoal e profissional com a prática de *Mindfulness*. O início desta história e sua amizade serão guardados com muito carinho.

Ao Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza, por acreditar e apoiar a minha intenção, oferecendo-me orientação intelectual, incentivo pessoal e oportunidade de amadurecimento.

A Profa. Dra. Giordana Campos Braga, por continuar acreditando e apoiando a minha intenção, pelo legítimo desejo de ensinar e aprender, pelos abraços, carinho e cuidado. Agradeço também pela nossa amizade e redescobertas.

A Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato, que me despertou coragem e ousadia para transformar os meus sonhos em realidade. Agradeço também pela amizade construída e pelos momentos tão sinceros que vivenciamos.

Ao Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Prof. Dr. Antônio Ruffino Neto, Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, Profa. Dra. Gleici Castro e todos os professores que tive a oportunidade de aprender com profundidade e amadurecer.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, aos Núcleos de Saúde da Família e seus profissionais, pela abertura e contribuição.

Aos meus amigos Cristiane D. M. Álvares, Roberta Rodrigues, Graziela Valle, Katherine Crettier, Mary Carmem F. Ribeiro, Driele Quinhoneiro, Lívia Ciabati, Francisco Barbosa, Vicky Pillegi, Sofia Madeira, Ana Carolina Franzon, Leonardo Moscovici, Hayala Cavenague, Magdalena Rzewuska, Tamires M. Moreira, Luana Lemes, Marina Monteiro, Bianca B. Júlio e todos que me apoiaram e fizeram estes anos de pesquisa mais felizes e divertidos.

Aos meus pais, José dos Reis Fernandes e Maria Elisete S. Fernandes, a minha irmã, Natália Carolina Fernandes, ao meu noivo, Pedro Henrique Luiz, e aos meus sogros, Carlos Henrique Luiz e Elisabete Ap. B. Luiz, por serem minha base fundamental e transmitirem amor pleno.

Resumo

Fernandes M. Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018.

Tendo em vista o aumento nos níveis prejudiciais de estresse e seu impacto na saúde da população, nota-se a necessidade de buscar estratégias eficazes de promoção de saúde na Atenção Primária para minimizar os prejuízos causados pelo estresse e aumentar a qualidade de vida das pessoas. Atualmente, o trabalho é um importante gerador de eventos “estressores” e, neste ambiente, as pessoas podem apresentar índices prejudiciais de estresse quando não encontram recursos de enfrentamento suficientes para lidar com tais eventos. A prática de *Mindfulness* surge como uma estratégia para redução dos níveis de estresse, de ansiedade e melhora na qualidade de vida. O objetivo do presente estudo é avaliar o efeito de um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* no estado funcional, nos níveis de atenção plena e no risco de adoecimento associado ao estresse no trabalho em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), na cidade de Ribeirão Preto - SP, Brasil. Trata-se de estudo quasi-experimental, realizado de setembro a dezembro de 2015, com profissionais da APS, utilizando métodos quantitativos e abordagem analítica antes-e-depois de um Programa de *Mindfulness* de 8 semanas (1 encontro de 2h/semana). A intervenção foi avaliada antes e depois da execução do programa por meio da aplicação dos instrumentos: Questionário sociodemográfico e de características pessoais, comportamentais e do trabalho, Escala de Estresse no Trabalho, Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* e *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project – COOP Function*. Foram observadas diferenças significantes em seis facetas de *Mindfulness* após a intervenção: Observar ($p=0,002$); Descrever - formulação positiva ($p=0,01$); Agir com consciência plena - piloto automático ($p=0,01$) e distração ($p=0,05$); Não reagir à experiência interna ($p=0,0005$) e Não julgar a experiência interna ($p=0,01$). Em relação ao estado funcional, foram encontradas diferenças significantes para as dimensões: mudanças na saúde ($p=0,01$), saúde geral ($p=0,007$), qualidade de vida ($p=0,04$) e sentimentos ($p=0,01$). Quanto aos níveis de estresse no trabalho,

notou-se a redução do modo de organização no trabalho de alta exigência, que passou de 35% antes da intervenção para 19% após a intervenção. Houve aumento dos modos de organização ativo (antes: 19%; depois: 27%); passivo (antes: 27%; depois: 31%); e do modo de baixa exigência (antes: 19%; depois: 23%). Conclui-se que intervenções baseadas em *Mindfulness* aplicadas a profissionais da APS podem melhorar níveis de atenção plena, funcionalidade e podem modificar os modos de organização no trabalho, reduzindo riscos de adoecimento destes profissionais.

Palavras-chave: 1. *Mindfulness*. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissionais de Saúde.

Abstract

Fernandes M. The effects of a mindfulness program for primary health care professionals: a before-and-after study. [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto; 2018.

Considering the increasing harmful levels of stress and its impact on the population health, it is necessary to seek effective strategies of health promotion in primary care to minimize damages caused by stress and improve people's quality of life. Today, work is a major "stressor" event generator, and in this context, people may experience harmful levels of stress when they do not find enough coping resources to handle such events. Mindfulness practice is a strategy to reduce levels of stress, anxiety and improvement in quality of life. The objective of the present study is to evaluate the effect of a Mindfulness program on the functional status, in mindfulness levels and the risk of illness associated with work-related stress in Primary Health Care (PHC) professionals in Ribeirão Preto-SP, Brazil. This is a quasi-experimental study, conducted from September to December 2015, with PHC professionals, using quantitative methods and analytical approach before and after an 8-week Mindfulness Program (sessions of 2 hours/week). The intervention was evaluated before and after the Mindfulness program through the application of three questionnaires: Sociodemographic questionnaire and personal, behavioral and work characteristics, Job Stress Scale, Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project - COOP Function. Significant differences were observed in six facets of Mindfulness after the intervention: Observe ($p = 0.002$); Describe - positive formulation ($p = 0.01$); Acting with awareness - autopilot ($p = 0.01$) and distraction ($p = 0.05$); Do not react to internal experience ($p = 0.0005$) and Do not judge the internal experience ($p = 0.01$). In functional status, significant differences were found for the dimensions: perception of change in health ($p = 0.01$), general health ($p = 0.007$), quality of life ($p = 0.04$) and feelings ($p = 0.01$). Regarding the stress levels at work, it noticed a reduction in the organizational mode of high strain, from 35% before the intervention to 19% after the intervention. There was increased in active mode (before: 19%, after: 27%); in passive mode (before: 27%, after: 31%) and the low strain mode (before: 19%, after: 23%). It is concluded that

interventions based on Mindfulness applied to PHC professionals can improve levels of mindfulness, functionality and can modify the ways of organization at work, reducing the risks of illness of these professionals.

Keywords: 1. Mindfulness. 2. Primary Health Care. 3. Health Care Professionals.

Lista de siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
COOP	<i>Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project</i>
EET	Escala de Estresse no Trabalho
FFMQ	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
FFMQ – BR	Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i>
GAS	<i>General Adaptation Syndrome</i>
IBM	Intervenções baseadas em <i>Mindfulness</i>
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
MBSR	Mindfulness-based Stress Reduction
MBI	Maslach Burnout Inventory
MDC	Modelo bidimensional Demanda-Controle
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POMS	Profile of Mood States
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
SIGN Guidelines	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. Introdução.....	13
2. Justificativa.....	25
3. Objetivos.....	26
3.1. Objetivo geral	26
3.2. Objetivos específicos	26
4. Métodos.....	27
4.1. Modelo do Estudo	27
4.2. Contexto.....	27
4.3. Participantes	27
4.4. Aspectos Éticos.....	28
4.5. Intervenção	28
4.6. Variáveis de interesse	30
4.7. Coleta de dados	31
4.8. Vieses	33
4.9. Tamanho amostral	34
4.10. Métodos estatísticos	34
5. Resultados	35
Figura 1 - Fluxograma do Estudo	36
Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio demográficas.....	37
Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis relativas ao trabalho	37
Tabela 3 - Níveis de <i>Mindfulness</i> (Atenção Plena) antes e depois da intervenção baseada em <i>Mindfulness</i>	38
Tabela 4 - Níveis de funcionalidade antes e depois da intervenção baseada em <i>Mindfulness</i>	39
Figura 2 - Distribuição dos modos de organização no trabalho dos profissionais da APS, segundo avaliação da EET, antes e depois intervenção baseada em <i>Mindfulness</i>	40
6. Discussão	41
7. Conclusão.....	51
7.1. Implicações à prática.....	51
8. Referências	52
APÊNDICE 1 - Materiais de divulgação.....	57
APÊNDICE 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
APÊNDICE 3 - Ambiente Virtual (<i>Moodle</i>)	61

APÊNDICE 4 - Formulário (entrevista inicial).....	62
APÊNDICE 5 - Dimensões de estresse no trabalho antes e depois da intervenção e categorias segundo o Modelo de Karasek (1979).....	64
ANEXO 1 - Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i>	65
ANEXO 2 - Dartmouth COOP <i>Charts</i>	69
ANEXO 3 - Escala de Estresse no Trabalho	72

1. Introdução

Tema recorrente na vida de muitos brasileiros, o estresse pode permear condições sociais, físicas e psicológicas, promovendo forte impacto na saúde das pessoas quando ultrapassam níveis adaptativos.

Apesar de haver um número significativo de estudos sobre o estresse desde o período que antecede a segunda Guerra Mundial, não há consenso entre a definição do termo. Em 1936, Hans Selye, médico húngaro considerado o “pai do estresse”, definiu o termo como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de mudança (1). Na Universidade McGill, Canadá, Selye realizou um estudo com ratos, expondo os animais a diversos estímulos, como frio, lesão cirúrgica, choque espinhal, exercícios musculares excessivos, e observou que suas reações eram independentes da natureza dos agentes prejudiciais ou das drogas empregadas. As reações, descritas detalhadamente em três estágios, expressaram reações de alarme geral do organismo, reações de resistência e reações de exaustão quando exposto a situações críticas. Assim, na década de 1950, Selye descreveu uma síndrome que representa um esforço generalizado do organismo para adaptar-se a novas condições, conhecida como síndrome de adaptação geral (*general adaptation syndrome* - G.A.S) ou síndrome de estresse biológico (1,2).

O estresse pode ser compreendido como um estímulo, chamado “estressor”, que provoca uma reação. E também pode designar a própria reação ou resposta gerada pelo evento provocador de estresse (3,4). Atualmente, o estresse tem sido definido como uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, na qual a pessoa avalia o ambiente como ameaça ao seu bem-estar, superando seus recursos de enfrentamento (5).

Disparidades de renda, educação, ocupação e outros fatores associados ao *status* socioeconômico têm sido estudados para verificar possíveis influências a respostas inadequadas de estresse, entretanto ainda não há consistência de informações na literatura que confirmem esta relação (6).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estresse é comumente associado à doenças não transmissíveis e aos transtornos mentais. Estes transtornos têm alta prevalência em todo mundo e, juntamente com os transtornos

relacionados ao uso de substâncias psicoativas, são os principais responsáveis pela morbidade, incapacidade e mortalidade prematura (5).

Dentre os vários âmbitos da vida das pessoas, o ambiente de trabalho sofre importante influência de eventos “estressores” podendo provocar índices prejudiciais de estresse. Excessivas cargas de trabalho e pressão em relação a prazos são fortemente relacionadas aos altos valores de estresse e podem propiciar respostas prolongadas de estresse emocional e interpessoal, conhecido como *burnout* ou síndrome de esgotamento profissional (7). De acordo com Maslach et al. (2001, p. 399), *"o burnout é uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho. Essa síndrome envolve uma esmagadora exaustão, sentimentos de cinismo e desapego do trabalho, e uma sensação de ineficácia e falta de realização"* (7). Maslach afirma que esta síndrome continua como uma grande crise de carreira no século XXI (8).

Saúde Funcional

Profissionais em situação de estresse podem apresentar alterações nos seus estados de funcionalidade, uma vez que o estresse pode influenciar no desempenho de seus papéis neste ambiente (9). Por funcionalidade entende-se “todas as funções do corpo e desempenho de tarefas ou ações, como um termo genérico” (9). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela OMS em 2001 para uso internacional, trata-se de uma classificação complementar à CID (Classificação Internacional de Doenças) com foco na funcionalidade. A CID primeiramente procurava responder às causas de morte e, após a Sexta Revisão, até a atual Décima Revisão denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (CID-10), procura classificar todas as doenças, distúrbios e os motivos de consulta, atendendo as necessidades de informação diagnóstica. Entretanto, percebeu-se que outras classificações seriam necessárias para responder a diferentes questões sobre procedimentos, incapacidades e estados de saúde, correspondendo ao que foi chamado “família” das classificações.

A CIF oferece uma linguagem padrão para a descrição da saúde, dos estados e domínios relacionados à saúde. Assim, pode ser útil para a descrição de alterações

na função ou estrutura corporal, capacidade (o que uma pessoa com determinada condição de saúde pode fazer em um ambiente padrão) e desempenho (o que ela realmente faz no seu ambiente real) (9). Na CIF, os domínios são classificados a partir de funções corporais (funções fisiológicas do sistema corporal), estruturas do corpo (partes anatômicas do corpo), atividades (execução de uma tarefa ou ação de um indivíduo) e participação (envolvimento em uma situação de vida). Assim, funcionalidade trata-se de todas as funções corporais, atividades e participação, enquanto incapacidade designa deficiências, limitações de atividades ou restrições à participação (10).

Fatores contextuais, ou seja, “a circunstância que o corpo exerce suas atividades e participação”, que envolvem o ambiente físico, social e de atitudes, assim como os fatores pessoais, estão intimamente relacionados com a funcionalidade e incapacidade, podendo influenciar positivamente ou negativamente nas condições ou estados de saúde de um indivíduo na sociedade (9).

A Política Nacional de Saúde Funcional define o estado funcional como a condição de vida saudável de um indivíduo, abrangendo suas competências relacionais, motoras, intelectuais, expressivas, entre outras, de acordo com suas características físicas ou psicológicas, gênero, ciclos de vida e identidades sociais ou culturais. O estado funcional também pode ser influenciado por doenças ou pelos chamados fatores contextuais negativos, que se tornam barreiras de desenvolvimento nos âmbitos físicos, geográficos, culturais, tecnológicos, etc. (11). Neste sentido, é possível compreender que o ambiente de trabalho pode gerar influências significativas na condição de vida saudável dos trabalhadores.

Estresse no Trabalho

Quanto ao processo de trabalho, Robert Karasek propôs em 1979 um modelo denominado “Modelo bidimensional Demanda-Controle (MDC), quando procurava no ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas consequências à saúde do trabalhador. De acordo com este modelo, são consideradas duas importantes dimensões psicossociais envolvendo o trabalho: demanda psicológica e controle, que se relacionam ao risco de adoecimento. A demanda corresponde às exigências

psicológicas no trabalho, que pode abranger nível de concentração, pressões em relação ao tempo de trabalho e interrupção de tarefas. Controle designa tanto a autoridade para tomada de decisões no processo de trabalho, quanto o uso de habilidades no trabalho, que pode envolver criatividade, aprendizagem, repetitividade, desenvolvimento de habilidades, entre outros. De acordo com o MDC, existem quatro modos de organização no trabalho correspondentes à demanda e controle: alta exigência (combina alta demanda e baixo controle), baixa exigência (combina baixa demanda e alto controle), ativo (combina alta demanda e alto controle) e passivo (combina baixa demanda e baixo controle) (12). Trabalho de alta exigência é compreendido como maior responsável por doenças físicas e psicológicas. Já o trabalho de baixa exigência é considerado o de menor risco para a saúde. Enquanto os trabalhos ativos e passivos apresentam prejuízos intermediários (13).

Acerca do estresse no trabalho, Karasek (1979) propõe que a tensão psicológica não é resultante de um único aspecto do ambiente de trabalho, mas do conjunto de efeitos das demandas neste ambiente e da liberdade para tomadas de decisão disponível para o trabalhador enfrentar tais demandas. No modelo de Karasek, baseado em fatores ambientais, os aspectos demanda e controle representam, respectivamente, os chamados instigadores de ação (carga de trabalho, conflitos e demais estressores que possibilitam que o trabalhador experimente um estado motivado ou energizado de estresse) e as restrições das ações. Tais restrições das ações, que representam o controle, modulam ou transformam o estresse em energia de ação. Quando a ação não pode ser realizada pelo indivíduo ou quando ele necessita renunciar a outros desejos por falta de decisão, esta energia pode ser manifestada como tensão psicológica. Karasek (1979) aborda que as demandas do trabalho provavelmente expressam o nível geral de produção, e o controle no trabalho pode estar intimamente relacionado com a estrutura e tecnologia deste ambiente (14).

Estresse no Trabalho em Profissionais de Saúde

No âmbito laboral de atenção à saúde, o ambiente institucional e as condições do processo de cuidado tornam-se, frequentemente, estressores para a população de trabalhadores. No ambiente de Atenção Terciária à Saúde, por exemplo, com alta

densidade tecnológica (15) para o tratamento de condições de saúde-doença, surgem demandas de trabalho específicas que podem ser geradoras de estresse.

Profissionais da enfermagem convivem intensamente com riscos psicossociais, como sobrecarga de trabalho, violência verbal e física, responsáveis pela ocorrência de dor, problemas cardiovasculares e do sono (16). A alta intensidade de estresse vivenciada por médicos e enfermeiros foi relacionada com o contato com a morte e ataques pessoais de colegas de trabalho, conforme estudo com profissionais de saúde na Itália. Dentre os 220 médicos e 250 enfermeiros avaliados, observou-se a ocorrência de altos níveis de estresse, principalmente em mulheres pertencentes a área médica (17).

Estudo com 1200 profissionais de quatro hospitais na África do Sul aponta que problemas de gestão de equipe, inadequação de recursos e riscos à segurança no ambiente de trabalho estão associados com a satisfação no trabalho, saúde geral e *burnout* em enfermeiros (18). No Brasil, a falta de motivação, conflito de valores pessoais com os institucionais, falta de oportunidades de recompensas, dificuldade de conciliar os empregos, foram apontados como fatores ocupacionais relacionados à síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital geral (19). Um estudo que investigou as experiências estressoras percebidas e as estratégias de enfrentamento mais usadas por profissionais técnicos de enfermagem em um hospital de Ribeirão Preto, Brasil, demonstrou que os profissionais consideram como experiências estressoras: falta de condições de trabalho (57,4%), relacionamentos no ambiente laboral (26,8%) e falta de recompensa (5,5%) (20).

Estresse no trabalho em Profissionais da Atenção Primária

Níveis prejudiciais de estresse também estão presentes em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), “porta de entrada” do sistema de saúde, que se deparam com demandas específicas advindas de um modelo de atenção à saúde voltado às condições crônicas (15). No Brasil, o tráfico e uso de drogas ilícitas, depressão, violência doméstica e alcoolismo são identificados como as principais demandas médico-sociais por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (21). O contexto em que estes profissionais estão inseridos afeta negativamente a sua qualidade de vida, uma vez que convivem com a inadequação de recursos para o

desempenho de suas funções, alta demanda, remuneração insuficiente, falta de amparo dos gestores e frustração por não conseguirem realizar o devido cuidado integral proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (22).

Um levantamento bibliográfico de artigos publicados no período de 1986 e 2010 identificou que as principais formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde, foram por doenças circulatórias, musculares, infecciosas, transtornos mentais, estresse e síndrome do esgotamento profissional (23). Pesquisadores avaliaram a ocorrência de estresse em trabalhadores de cinco núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto - SP. Incluíram médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e observaram que 62% apresentavam situação de estresse, com predominância sintomas psicológicos (48%) e/ou sintomas físicos (39%) nas fases de resistência e quase-exaustão (24).

Considerando o impacto dos altos níveis de estresse à saúde da população que trabalha na APS, evidencia-se a necessidade de traçar estratégias eficazes de promoção de saúde, diminuindo os efeitos prejudiciais do estresse na vida dessas pessoas. Em 2006, aprovou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para o SUS, pela Portaria 971, de 03 de maio de 2006, que normatiza e incentiva a utilização das práticas no Brasil, abrangendo terapias físicas, psíquicas e espirituais, dentre elas: a homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, termalismo, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, *Reiki* e *Lian Gong* (25). Estas práticas propiciam saúde aos indivíduos por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e estilos de vida saudáveis e, além disso, incentivam a solidariedade, “empoderamento” pessoal e coletivo, combate às desigualdades sociais, construção de ambientes mais saudáveis e participação social e política (26).

Recentemente, a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) nos serviços de saúde da APS foi analisada por pesquisadoras da Paraíba, Brasil. O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família de um município nordestino, por meio de entrevistas e rodas de conversa com 57 profissionais que ofereciam as práticas nos serviços. Foram oferecidas práticas de acordo com as demandas dos serviços de saúde e dos participantes, dentre elas: meditação, *yoga*, *tai chi chuan*, tenda de conto, entre outros. Dentre os profissionais que ofereciam estas práticas estavam 16% de Agentes

Comunitários de Saúde, 9% profissionais da Enfermagem, 8% educadores físicos e 7% médicos. Quanto a inserção das PIC's nestes serviços, as pesquisadoras identificaram algumas fragilidades, como a necessidade da iniciativa dos próprios profissionais para oferecê-las, apesar da existência da política municipal que normatiza as atividades. O trabalho com tais práticas é considerado invisível pelos profissionais, pois não está previsto nos protocolos de atendimento. Outro obstáculo para a inserção é a natureza itinerante das atividades, devido à ausência de apoio e de espaços de formação. As potencialidades das PIC's identificadas pelos entrevistados foram apoio social e a considerável diminuição da medicalização alcançada pelo espaço de ajuda mútua e troca de experiências (27).

Recentemente a meditação foi incluída na PNPIIC, junto à Portaria 849/2017, juntamente com a inserção de outras práticas como: Arteterapia, *Ayurveda*, Biodança, Dança Circular, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, *Reiki*, *Shantala*, Terapia Comunitária Integrativa e *Yoga*. Em uma década de vigência da PNPIIC, apenas estas modificações foram incluídas nas práticas, evidenciando os entraves para a incorporação destas iniciativas para a assistência primária de saúde, tendo em vista as fragilidades apontadas no estudo de Nascimento et al. (2016) que parecem refletir, de maneira geral, fragilidades semelhantes à outras localidades (27). Assim, salienta-se a necessidade de responder aos possíveis entraves de incorporação por meio de evidências científicas, com a intenção de ampliar a discussão sobre esta temática e promover a inserção adequada, eficaz e equânime das práticas integrativas e complementares no cenário brasileiro. Neste contexto, a prática de *Mindfulness* pode ser uma alternativa benéfica para as pessoas e trabalhadores da saúde, uma vez que sua prática é capaz de reduzir níveis de estresse, de ansiedade e de experiência de emoções negativas, bem como aumentar o bem-estar (28).

Intervenções baseadas em *Mindfulness* como estratégia de promoção de saúde

A palavra *Mindfulness*, cuja tradução para o inglês é advinda da palavra *sati*, em pali (antiga língua da psicologia budista), sugere estar atento, atenção e lembrar-se. A sua tradução mais utilizada na língua portuguesa é Atenção Plena. *Mindfulness*

trata-se de um termo “guarda-chuva” e pode ser considerado um constructo teórico, um conjunto de práticas para o desenvolvimento de *Mindfulness* (como a meditação, por exemplo) ou processos psicológicos (29). As práticas de *Mindfulness*, atualmente inseridas em um contexto laico, são familiares às técnicas meditativas da tradição budista e tem como objetivo observar as experiências como elas se apresentam, sem modificá-las (30). Segundo Jon Kabat-Zinn, *Mindfulness* significa apenas “parar e estar presente, só isso” (31).

Na década de 70, Jon Kabat-Zinn e outros pesquisadores da Universidade de Massachusetts, nos Estados Unidos, propuseram a utilização da meditação como terapia clínica no Ocidente e, então, em 1979, foi desenvolvido um programa de intervenções dedicado à redução de estresse, denominado *Mindfulness-based Stress Reduction* - MBSR (Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*) (32). A ideia inicial era criar um veículo para o treinamento efetivo de meditação, incluindo componentes do *Hatha Yoga*, e para aplicações imediatas no tratamento da dor e estresse (33). A constituição do programa MBSR é baseada em práticas meditativas e exercícios focados no desenvolvimento da atenção plena. O programa é desenvolvido ao longo de 8 encontros, com duração de 2h30 cada, oferecidos uma vez por semana e inclui um dia de retiro com duração de 8 horas. No programa os participantes são estimulados a se relacionar de forma diferente com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais. Além disso, há o cultivo do posicionamento não julgador e não reativo diante das experiências, e o desenvolvimento da consciência do “aqui e agora”, buscando o afastamento das ruminações sobre o passado e das aflições em relação ao futuro (34).

Outros programas foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos, atendendo aos distintos contextos, populações, sistemas de saúde e específicas condições físicas, emocionais e cognitivas. Destacam-se Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness-based Cognitive Therapy* - MBCT) (35), Programa *Mindfulness* para Dor e Doença (*Mindfulness-based Approaches to Pain and Illness* - MBPI) (36) e Programa *Mindfulness* para Prevenção de Recaída (*Mindfulness-based Relapse Prevention* - MBRP) (37).

As recomendações para a boa prática enquanto instrutor de *Mindfulness* são apresentadas no documento “*UK Network for Mindfulness-Based Teachers: Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses*”. São recomendados que

instrutores de *Mindfulness*: (a) tenham realizado um treinamento de *Mindfulness* com a finalidade de ter familiaridade, por meio de vivência pessoal, com protocolos baseados em *Mindfulness*, em profunda experiência com todas as principais práticas de meditação; (b) tenham concluído um treinamento profissional de instrutores de *Mindfulness* e/ou supervisão com treinador habilitado durante um período mínimo de 12 meses; (c) tenham qualificação profissional na área da saúde, educação ou assistência social, ou experiência de vida equivalente, reconhecida pela organização ou contexto em que a prática de *Mindfulness* será desenvolvida; (d) tenham conhecimento e experiência com as populações em que o curso baseado em *Mindfulness* será ofertado, incluindo experiência de ensino, assistência terapêutica ou outro tipo de cuidado à grupos e/ou indivíduos, a menos que tal conhecimento e experiência sejam fornecidos pela própria formação de professores; uma exceção à esta recomendação diz que o instrutor poderá ensinar com a ajuda de um colega que conhece bem a população a quem o curso será entregue e que tenha compreensão sobre as abordagens baseadas em *Mindfulness* (57).

Mindfulness trata-se de uma capacidade humana inata e envolve dois componentes fundamentais: a autorregulação da atenção e a orientação aberta à experiência (38). Por meio da autorregulação da atenção, o indivíduo é capaz de manter-se concentrado na experiência direta e reconhecer as percepções corporais, sensoriais e mentais oriundas do momento presente. Através da orientação aberta frente a experiência, o indivíduo pode adotar uma orientação particular caracterizada pela curiosidade, abertura e aceitação (39).

As intervenções baseadas em *Mindfulness* envolvem mecanismos ligados à regulação da atenção, regulação emocional-valorização, regulação emocional-exposição, consciência corporal e mudanças na perspectiva do “próprio eu” (40). Pode-se compreender como regulação da atenção, a sustentação da atenção em determinados pontos, também chamados de âncoras, que podem ser: a própria respiração, sensações corporais, pensamentos, emoções. A regulação da atenção experimentada na prática de *Mindfulness*, aborda uma habilidade de autoconsciência ou auto-observação dos próprios processos mentais (metacognição) e eventos que ocorrem no momento presente, de modo curioso e não-avaliativo. Esta observação, curiosa e não-julgadora, é capaz de gerar a capacidade de observar as próprias cognições sem deter-se a elas, à distância, promovendo o chamado descentramento

(*decentering*). Assim, a pessoa é capaz de sustentar uma atitude de aceitação diante dos seus próprios processos mentais (41). Um nível suficiente de regulação da atenção é necessário para se manter envolvido na meditação e quando essa regulação é bem-sucedida, torna-se um elemento fundamental para trazer os benefícios de outros mecanismos subjacentes a prática de *Mindfulness* (41).

Por regulação emocional entende-se o conjunto de processos por meio do qual influenciemos nossas emoções, o momento em que surgem e o modo como as vivenciamos e as expressamos (42). A regulação emocional está relacionada com um processo adaptativo por meio do qual eventos estressantes podem adquirir novos significados, geralmente benéficos (valorização). Também é relativa à capacidade de gerar novas formas de reagir às emoções através da exposição àquilo que ocorre na consciência (exposição): distanciar-se, não reagir à experiência, aceitar (40).

A consciência corporal trata-se da capacidade de notar sensações corporais sutis e infere na percepção das sensações corporais como respiração, corpo, emoções, etc. (43). A maior conscientização sobre a resposta do corpo frente a um estímulo emocional, por exemplo, pode levar à maior consciência das emoções. Assim, tal tomada de consciência é entendida como uma condição prévia para a regulação emocional (41). Martí et al. (2016), destaca um novo movimento cognitivo chamado *embodiment* (cognição corporificada), na qual pode-se inferir que o corpo participa dos processos cognitivos (41).

Por fim, o mecanismo relacionado às mudanças na perspectiva do “próprio eu” pode ser entendido como o desapego de uma imagem fixa de si mesmo. Hölzel et al. (2011) aborda que entender que a nossa sensação de “eu” não é tão sólida, permanente ou substancial, livra-nos do apego e hostilidade. Quando as experiências diretas são observadas durante as práticas de *Mindfulness*, os praticantes podem notar que estas estão em constante mudança e, portanto, são transitórias. Assim, a observação consciente e não-julgadora promove o desapego da identificação com os conteúdos da consciência (40).

Intervenções baseadas em *Mindfulness* para profissionais de saúde

Intervenções baseadas em *Mindfulness* (IBM) são estudadas e aplicadas amplamente no contexto internacional. O Programa de Terapia Cognitiva baseada em

Mindfulness, por exemplo, tem sido recomendado para prevenção de recaída da depressão pelo *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) (44) e *SIGN Guidelines* (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) (45) para pessoas que estão atualmente bem, mas tiveram 3 ou mais episódios de recaída da depressão. Tendo em vista tais recomendações, a implementação das IBMs no sistema de saúde já é uma realidade no Reino Unido, apesar de alguns obstáculos ainda serem encontrados, como a pouca compreensão de profissionais sobre as intenções das IBMs, espaços inadequados para a realização dos grupos, falta de apoio administrativo e de execução, além do difícil acesso a referências adequadas (46).

Um estudo piloto, que incluiu grupo pré/pós intervenção e grupo controle, avaliou a viabilidade e efeitos de um Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* em 50 médicos na Holanda. Os resultados quantitativos deste estudo demonstraram redução de níveis de *burnout* (despersonalização) e aumento nas habilidades relacionadas a *Mindfulness*. Seus achados qualitativos indicaram que a intervenção propiciou aumento de bem-estar, autocompaixão e compaixão por outras pessoas (47). Na Espanha, 68 profissionais da APS (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) participaram de uma intervenção que consistiu em apresentações de tópicos clinicamente relevantes, estratégias de enfrentamento baseadas em *Mindfulness*, práticas de *Mindfulness*, ioga e grupos de discussão (8 sessões com duração de 2h30 cada e 1 sessão de 8 horas). Após a intervenção, foram identificadas redução dos níveis de *burnout* (exaustão emocional e despersonalização), redução de distúrbios do humor (depressão, raiva, tensão e fadiga) e aumento nos níveis de *Mindfulness* e empatia (48). Nos Estados Unidos, 30 médicos da APS foram convidados a participar de uma intervenção abreviada do Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* (1 sessão com duração de 3 horas, 1 sessão de 7 horas, 1 sessão de 4 horas e duas sessões de seguimento com duração de 2 horas cada). Os resultados pré e pós-intervenção apontaram melhora nos escores relativos à depressão, ansiedade, estresse, percepção de estresse, resiliência, compaixão e *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) (49).

No Brasil, estas intervenções têm alcançado espaço nas áreas de atenção à saúde. Em 2013, foi conduzido um estudo de análise antes e depois que explorou os efeitos de um Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* (8 sessões

com duração de 2h30 cada e 1 dia de retiro). Vinte e três indivíduos de uma universidade pública, em São Paulo, responderam aos instrumentos *Perceived Stress Scale (PSS)* e *WHOQOL-BREF questionnaire* para avaliação de estresse percebido e qualidade de vida. Foram evidenciados benefícios potenciais à saúde com melhora global da qualidade de vida e percepção de estresse (50).

Direcionado à saúde do trabalhador da Atenção Terciária, um estudo piloto propôs a realização de um Programa de Redução de Estresse, que incluiu práticas de *Mindfulness* e Meditação da Compaixão com 13 enfermeiras de um hospital brasileiro, durante seis semanas. O estudo utilizou métodos quantitativos e qualitativos para avaliação de estresse, ansiedade e depressão e entrevista em grupo, demonstrando melhora na reatividade em relação as experiências internas, maior atenção sobre as experiências internas e externas, além da influência positiva do Programa nas atividades da enfermagem (51).

Um estudo transversal contendo 450 profissionais de saúde pretendeu verificar as correlações entre auto-relato de *Mindfulness*, percepção de estresse e bem-estar subjetivo em agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos. Os enfermeiros demonstraram baixos níveis de *Mindfulness* e altos níveis de estresse percebido. Também foram encontradas correlações entre *Mindfulness*, percepção de estresse e bem-estar subjetivo nos diferentes tipos de profissionais (52).

Diante dos estudos apresentados anteriormente, é possível observar que variadas populações que praticam *Mindfulness* têm alcançado benefícios sustentáveis na melhora dos níveis de atenção plena e do estresse, entretanto ainda encontra-se a necessidade de desenvolver mais estudos brasileiros que abordem esta temática, em especial com profissionais que trabalham na APS, além de responder ao desafio de tornar permanentes as intervenções baseadas em *Mindfulness* e, de fato, compor uma política de atenção à saúde em âmbito nacional.

2. Justificativa

O ambiente de trabalho e as condições do processo de cuidado envolvidas no contexto da APS tornam-se, frequentemente, causas de estresse e doenças na população dos trabalhadores. Tendo em vista as evidências dos benefícios das intervenções baseadas em *Mindfulness* (47, 48, 49, 50, 51, 52), a prática torna-se um meio substancial para promover saúde e melhorar a qualidade do trabalho dos profissionais da APS.

No Brasil, com a criação da PNPIC, observa-se a necessidade de desenvolver um meio sustentável de promoção de saúde por meio das práticas integrativas e complementares, tanto para a população quanto para os profissionais que dão assistência. Tendo em vista a urgência da construção de evidências científicas sobre as intervenções baseadas em *Mindfulness*, sobretudo com profissionais da APS e, considerando *Mindfulness* uma função psicológica universal que depende da cultura e contexto em que é observada (41), evidencia-se a necessidade de pesquisas sobre esta temática no cenário nacional, avaliando a efetividade e aplicabilidade desta prática na saúde de profissionais da APS.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Avaliar o efeito de um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* no estado funcional, nos níveis de atenção plena e no risco de adoecimento associado ao estresse no trabalho em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

3.2. Objetivos específicos

- a) Avaliar se intervenções baseadas em *Mindfulness* são capazes melhorar os níveis de atenção plena de maneira multidimensional, considerando as seguintes habilidades relacionadas: (i) Observar experiências internas e externas; (ii) Descrever em palavras as experiências observadas; (iii) Agir com atenção/consciência plena; (iv) Não reagir: permitir que pensamentos e sentimentos fluam naturalmente; (v) Não julgar: assumir uma postura não avaliativa em relação a cognições e emoções;
- b) Verificar o efeito das intervenções baseadas em *Mindfulness* no risco de adoecimento associado ao estresse no ambiente de trabalho;
- c) Analisar o efeito das intervenções baseadas em *Mindfulness* sobre o estado funcional, considerando nove domínios: forma física, sentimentos, atividades diárias, atividade social, mudanças no estado de saúde, saúde geral, dor, suporte social e qualidade de vida;

4. Métodos

4.1. Modelo do Estudo

Trata-se de um estudo quasi-experimental utilizando abordagem analítica de ensaio antes-e-depois.

4.2. Contexto

Trata-se de um estudo realizado no Centro Médico Social Comunitário (CMSC) Vila Lobato e em 6 Núcleos de Saúde da Família (NSF), vinculados à Universidade de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto - SP, Brasil, no período de setembro a dezembro de 2015.

O CMSC Vila Lobato oferece atendimentos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência farmacêutica, vacinação, teste do pezinho, assistência domiciliar e atividades educativas. Os atendimentos neste centro são oferecidos por médicos contratados, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. Os núcleos de saúde correspondem as primeiras unidades com equipes de Saúde da Família a serem implantadas no município de Ribeirão Preto. Os serviços oferecidos nestas unidades correspondem a atendimentos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, planejamento familiar, acompanhamento das famílias cadastradas e atividades educativas. Os atendimentos realizados ocorrem por meio de equipes multiprofissionais (residentes: psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e nutricionistas), sendo a equipe mínima formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários.

4.3. Participantes

Mediante a apresentação de cartazes e reuniões agendadas pela pesquisadora nas próprias unidades, foram recrutados os interessados a participar do programa de

intervenções baseadas em *Mindfulness*. (Apêndice 1) A pesquisadora identificou os interessados em participar do programa por meio de uma lista de interesse disponibilizada em cada unidade de saúde. Assim, a pesquisadora entrou em contato com cada interessado, por meio telefônico, com a finalidade de verificar a elegibilidade daqueles que manifestaram interesse em participar do programa. Foram incluídos profissionais de todas as categorias, com mais de 18 anos e com interesse em participar de um programa baseado em *Mindfulness*. Foram excluídos profissionais que estivessem em fase aguda de qualquer condição clínica e que tivessem histórico de alterações psicopatológicas não tratadas, auto relatados no momento do contato telefônico.

4.4. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 48630415.8.0000.5414).

Todos os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2) contendo informações sobre o estudo, bem como o contato da equipe responsável pela pesquisa. Os dados coletados durante o estudo foram obtidos exclusivamente com a finalidade de pesquisa.

4.5. Intervenção

O programa oferecido denomina-se Programa de Promoção de Saúde Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-based Health Promotion Program*), uma adaptação do modelo do programa desenvolvido por Jon Kabat-Zinn e colaboradores (53), o *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR). Tendo em vista a necessidade de corresponder ao contexto e rotina vivida pela população do estudo, foram realizadas duas adaptações: redução do tempo de cada encontro para 2 horas e exclusão do dia de retiro.

No programa, os participantes vivenciaram técnicas simples de *Mindfulness* junto à instrutora em encontros presenciais. A instrutora era a própria pesquisadora que, no momento de período de intervenção, estava concluindo a formação profissional para instrutores de *Mindfulness* em um centro formador brasileiro pertencente à uma universidade pública. A intervenção realizada no presente estudo era, então, requisito para a conclusão da formação profissional.

O modelo de 8 sessões compreendeu: Sessão 1 – Introdução ao Programa com o tema “O que é *Mindfulness*”, incluindo apresentação dos participantes e do instrutor, entrega dos materiais de apoio, estabelecimento de acordos inerentes ao grupo, exercício da Uva Passa, prática do Escaneamento Corporal (*Body Scan*) e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 2 – Introdução do tema “*Mindfulness* da Respiração”, abrangendo o reforço da prática do Escaneamento Corporal, revisão e discussão das experiências da semana, dinâmica para abordar os mecanismos de *Mindfulness*, orientações gerais sobre a postura meditativa, exploração da respiração, prática de *Mindfulness* da Respiração e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 3 – Introdução do tema “*Mindfulness* do Corpo I”, incorporando o reforço da prática de *Mindfulness* da Respiração, revisão e discussão das experiências da semana, dinâmica sobre o manejo dos pensamentos, prática de *Mindfulness* na Caminhada e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 4 – Introdução do tema “*Mindfulness* do Corpo II”, inserindo o reforço da prática de *Mindfulness* na Caminhada, revisão e discussão das experiências da semana, dinâmica e prática para o manejo do estresse, prática do Escaneamento Corporal e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 5 – Introdução do tema “*Mindfulness* do Corpo III”, incluindo o reforço da prática de *Mindfulness* na Respiração, revisão e discussão das experiências da semana, nova dinâmica e prática para o manejo do estresse em duplas, prática de *Mindful Movements* (Movimentos Corporais com Atenção Plena) e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 6 – Introdução ao tema “Silêncio”, abrangendo a execução de todas as práticas aprendidas até o momento, em silêncio; Sessão 7 – Introdução ao tema “Compaixão”, incorporando o reforço da prática de *Mindful Movements*, revisão e discussão das experiências da semana e do último encontro, prática da Compaixão, prática de *Mindfulness* da Respiração e reflexões sobre as experiências do dia; Sessão 8 – Introdução do tema “*Mindfulness* para a vida toda”, reforçando a prática da Compaixão e inserindo uma atividade lúdica sobre como

cada um, após o programa, vivencia e compreende *Mindfulness*; além disso, ocorreu a revisão de dúvidas sobre como incorporar a prática regular e intenções para o futuro. Durante os dias que não ocorreram os encontros presenciais, os participantes foram instruídos a realizar as práticas formais relativas ao programa, que tratam-se dos exercícios meditativos (Escaneamento Corporal, *Mindfulness* da Respiração, *Mindfulness* na Caminhada, *Mindful Movements* e prática da Compaixão), bem como práticas informais de *Mindfulness*, que correspondem cultivo do estado mental da atenção plena para atividades diárias (comer com atenção plena, escovar os dentes com atenção plena, conversar com atenção plena, etc.), no ambiente doméstico ou de trabalho, com duração inicial de 5 minutos/diários, que aumentaram progressivamente ao longo do programa, até 45 minutos/diários. Foram oferecidos áudios com instrução das práticas aprendidas, apostila contendo as descrições das mesmas e dois modelos de diários (quantitativo e qualitativo) de práticas para uso pessoal, bem como acesso ao ambiente virtual (*Moodle*) criado para o programa, com inscrição no site da Universidade de São Paulo (<http://cursosextensao.usp.br>), no qual os participantes poderiam enviar dúvidas e comentários por meio de fóruns e, também, realizar *download* de artigos, notícias e de materiais de áudio. (Apêndice 3)

4.6. Variáveis de interesse

I – Variáveis independentes

1. Idade
2. Sexo
3. Cor da pele
4. Estado civil
5. Escolaridade
6. Religião
7. Presença de comorbidades
8. Uso de psicotrópicos
9. Uso de outros medicamentos
10. Carga horária de trabalho semanal
11. Local de trabalho

12. *Hobbies* (práticas de esportes e atividades artísticas)

13. Participação em grupos religiosos, psicoterapêuticos, artísticos ou musicais

II – Variáveis dependentes

1. Estresse no trabalho e Risco de adoecimento

2. Atenção Plena (*Mindfulness*)

3. Funcionalidade

4.7. Coleta de dados

Durante entrevista inicial realizada por contato telefônico, a pesquisadora realizou a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram coletadas informações referentes às características sócio demográficas e pessoais dos interessados, assim como a disponibilidade para participação no programa de *Mindfulness*. (Apêndice 4). A pesquisadora também indagou a respeito das possibilidades de horários (períodos: manhã, tarde ou noite) que cada voluntário poderia participar da intervenção, buscando favorecer a adesão à intervenção e engajamento no grupo. Com as informações obtidas, a pesquisadora identificou as opções apropriadas, de acordo com a demanda, e constituiu quatro horários distintos para ofertar aos participantes: terças-feiras (das 10h às 12h e das 15h às 17h), quartas-feiras (das 17h30 às 19h30) e quintas-feiras (das 19h às 21h). As ligações foram gravadas utilizando o programa *Callnote Recorder*. Após aceitarem as condições do TCLE inicial, os interessados responderam aos instrumentos Escala de Estresse no Trabalho (EET), Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* - *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ - BR) e *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project* - *COOP Function* através de e-mail antes do início do programa. Os voluntários participaram do programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* de 8 semanas. Ao término do programa, os instrumentos EET, FFMQ - BR e *COOP Function* foram aplicados novamente via e-mail.

O questionário FFMQ - BR, validado para o português (54), avalia os níveis de atenção plena de maneira multifatorial. Trata-se de um questionário auto administrado, contendo 39 perguntas pontuadas em escala *Likert*, variando de 1 (Nunca ou raramente verdadeiro) a 4 (Quase sempre ou sempre verdadeiro). Os níveis de *Mindfulness* são divididos em cinco facetas provenientes de sete aspectos: 1) Observar: notar experiências internas e externas, como sensações, emoções e pensamentos; 2) Descrever: rotular as experiências em palavras (subdivisão: formulação positiva – facilidade/capacidade de descrever as experiências internas por meio de palavras; e formulação negativa – dificuldade/incapacidade de descrever as experiências internas por meio de palavras); 3) Agir com atenção/consciência plena: estar focado momento a momento na atividade, em vez de agir mecanicamente (subdivisão: piloto automático – agir de maneira automática, sem tomar consciência, entretanto com foco na atividade; e distração – agir de forma distraída, sem tomar consciência, utilizando a atenção vigilante, porém sem nenhum foco específico na atividade); 4) Não reagir à experiência interna: permitir o fluxo livre de pensamentos e emoções, sem se deixar capturar por eles ou sem rejeitá-los; 5) Não julgar a experiência interna: adotar uma postura não avaliativa em relação a pensamentos e emoções. As perguntas na escala referem-se aos sete aspectos mencionados para a avaliação dos níveis de *Mindfulness*. As facetas do questionário possuem pontuação máxima e mínima para avaliação de *Mindfulness*: 1) Não julgar a experiência interna (Máx. 40 e Mín. 8); 2) Piloto automático (Máx. 25 e Mín. 5); 3) Observar (Máx. 35 e Mín. 7); 4) Descrever - formulação positiva (Máx. 25 e Mín. 5); 5) Descrever - formulação negativa (Máx. 15 e Mín. 3); 6) Não reagir à experiência interna (Máx. 40 e Mín. 8) e 7) Distração (Máx. 15 e Mín. 3). A pontuação máxima que um participante pode atingir no escore total do FFMQ-BR é de 195 pontos, através da soma dos escores nas facetas, e a mínima de 39 pontos, indicando o nível máximo e mínimo de *Mindfulness*, respectivamente. Os autores da validação recomendam que a análise da pontuação seja realizada a partir dos escores das facetas separadamente. (Anexo 1)

O questionário COOP *Function*, validado para o português (55), avalia a funcionalidade em nove dimensões: forma física, sentimentos, atividades diárias, atividade social, mudanças no estado de saúde, saúde geral, dor, suporte social e qualidade de vida. As repostas para as nove perguntas são referentes ao estado da

pessoa nas últimas quatro semanas e tem opções de resposta em escala crescente (1 a 5), nas quais pontuações acima do valor da mediana, encontradas em cada dimensão separadamente, representam piores condições de funcionalidade, enquanto pontuações abaixo do valor da mediana representam melhores condições de funcionalidade. (Anexo 2)

O questionário EET, também validado para o português (56), foi utilizado para caracterizar o modo de organização no trabalho e o risco de adoecimento dos voluntários. Nesta escala são encontrados aspectos relativos a três dimensões: demanda, controle e apoio social. Dezessete questões apresentam opções de resposta em escala tipo *Likert*, variando de 1 (Frequentemente) a 4 (Nunca ou quase nunca) para perguntas referentes a demanda e controle, e de 1 (Concordo totalmente) a 4 (Discordo totalmente) para questões relativas ao apoio social. Os escores determinam uma caracterização para: alta exigência (combina alta demanda e baixo controle), baixa exigência (combina baixa demanda e alto controle), ativo (combina alta demanda e alto controle) e passivo (combina baixa demanda e baixo controle). A dimensão de demanda engloba pressões de natureza psicológica, como tempo, velocidade para exercer a função ou demandas contraditórias no trabalho (Baixa demanda: Máx.14 e Mín.5/ Alta demanda: Máx.20 e Mín.15). O controle corresponde a autoridade para tomada de decisões no trabalho e utilização de habilidades intelectuais (Baixo controle: Máx.16 e Mín.6/ Alto controle: Máx.24 e Mín.17). Enquanto o apoio social designa a interação social no ambiente de trabalho (Baixo apoio social: Máx.16 e Mín.6/ Alto apoio social: Máx.24 e Mín.17). É importante ressaltar que o apoio social pode funcionar como um “modificador de efeito” no caso de trabalhos com alta exigência. A análise dos dados se dá a partir da média dos valores da amostra, sendo considerado alta demanda, valores acima da média, e baixa demanda, abaixo da média da amostra. O mesmo acontece para o controle e apoio social, conforme sugerido pelo artigo de validação. (Anexo 3)

4.8. Vieses

As estratégias traçadas para reduzir potenciais fontes de vieses no presente estudo foram:

1. Identificação de características que confundam a análise do estudo (confundidores): *Hobbies* (práticas de esportes e atividades artísticas) e participação em grupos religiosos, psicoterapêuticos, artísticos ou musicais;
2. Uso de instrumentos validados e traduzidos para a língua portuguesa;
3. Facilitador em treinamento específico para executar um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness*;
4. Execução e reprodução de um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* contemplando as recomendações e diretrizes britânicas para a boa prática de *Mindfulness* (57).

4.9. Tamanho amostral

Por se tratar de um estudo de natureza exploratória, o tamanho amostral foi obtido com base na praticidade e viabilidade de recursos disponíveis no momento da realização do estudo.

Esperou-se realizar três grupos com 8-10 participantes, amostra que tem sido utilizada como referência para grupos focais (58). Assim, estimou-se o mínimo de 15 e o máximo de 30 pessoas para a execução do estudo. Ao final da coleta, foram realizados quatro grupos (primeiro grupo com 6 participantes, segundo grupo com 3, terceiro com 8 e quarto com 9 participantes) por conveniência de horário do público-alvo.

4.10. Métodos estatísticos

Utilizou-se teste de Shapiro-Wilk para avaliação de normalidade. As variáveis advindas do instrumento COOP *Function* foram apresentadas através de mediana e intervalo interquartil, enquanto as variáveis oriundas do instrumento FFMQ-BR foram apresentadas pela média e desvio padrão. Todas estas avaliadas no momento basal e após oito semanas por teste T pareado e teste de Wilcoxon pareado, utilizando o *software R x64 3.3.2*. Foi adotado para o estudo, o nível de significância de 5%. As variáveis provenientes do instrumento EET foram apresentadas pela média dos valores da amostra avaliadas no momento basal e após oito semanas.

5. Resultados

De 75 pessoas que manifestaram interesse em participar do programa de *Mindfulness*, 55 preencheram os critérios de inclusão. Vinte voluntários foram excluídos devido a incompatibilidade de horário, fase aguda de condições clínicas e histórico de alterações psicopatológicas não tratadas. Vinte e seis voluntários foram excluídos por não terem respondido os questionários na fase inicial, e 29 iniciaram o estudo. Três voluntários perderam seguimento devido a incompatibilidade de horários, resultando em 26 participantes que finalizaram o estudo (Figura 1). Os participantes tinham idade média de $37,9 \pm 12,5$ anos, 84,6% (22) eram do sexo feminino, 76,9% (20) brancos, 46,2% (12) eram solteiros e 46,2% (12) casados, 80,8% (21) apresentavam ensino superior completo, 15,4% (4) apresentavam ensino médio e 3,8% (1) ensino fundamental. A maioria dos participantes (92,3%) declarou ter religião, 30,8% (8) referiam participar de grupos religiosos, psicoterapêuticos, artísticos ou musicais, 69,2% (18) informaram possuir algum tipo de *hobbie*, 30,8% (8) apresentavam comorbidades e 15,4% (4) faziam uso de psicotrópicos (Tabela 1). Um terço dos voluntários (9) eram da equipe multiprofissional (quatro psicólogos, três dentistas, um fisioterapeuta e um nutricionista), 69,2% (18) apresentavam carga horária de trabalho de 40 horas semanais e 30,8% (8) trabalhavam 20 horas por semana (Tabela 2).

Figura 1 – Fluxograma do Estudo

* Participantes excluídos devido a incompatibilidade de horário, fase aguda de condições clínicas e histórico de alterações psicopatológicas não tratadas.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sócio demográficas

Idade [média(dp)]	37,9(12,5)
Sexo [n(%)]	
Feminino	22(84,6)
Masculino	4(15,4)
Raça [n(%)]	
Branca	20(76,9)
Parda/Preta	6(23,1)
Estado Marital [n(%)]	
Solteiro(a)	12(46,2)
Casado(a) no papel	12(46,2)
Separado(a)	2(7,6)
Escolaridade [n(%)]	
Ensino fundamental I e II	1(3,8)
Ensino médio	4(15,4)
Ensino superior completo	21(80,8)
Religião [n(%)]	
Sim	24(92,3)
Não	2(7,7)
Presença de comorbidades [n(%)]	
Sim	8(30,8)
Não	18(69,2)
Utilização de psicotrópicos [n(%)]	
Sim	4(15,4)
Não	22(84,6)
Participação em grupos religiosos, psicoterapêuticos, musicais ou artísticos [n(%)]	
Sim	8(30,8)
Não	18(69,2)
Realização de <i>hobbies</i> [n(%)]	
Sim	18(69,2)
Não	8(30,8)

Tabela 2 – Distribuição de frequência das variáveis relativas ao trabalho

Local de trabalho [n(%)]	9(34,7)
Equipe multiprofissional	
Equipe de enfermagem	5(19,2)
Equipe médica	5(19,2)
Equipe de agentes comunitários de saúde	7(26,9)
Carga horário de trabalho [n(%)]	
Até 40h/sem	18(69,2)
Até 60h/sem	8(30,8)

Avaliando os níveis de atenção plena, foram observados diferenças significantes em seis facetas de *Mindfulness* após a intervenção: Observar (Antes: 26,4±6,1; Depois: 29,8±5,3, $p=0,002$); Descrever – formulação positiva (Antes: 16,3±4,7; Depois: 17,8±4,4, $p=0,01$); Agir com consciência plena – piloto automático (Antes: 16,8±2,7; Depois: 18,0±1,7, $p=0,01$) e distração (Antes: 10,7±3,0; Depois: 11,7±2,3, $p=0,05$); Não reagir à experiência interna (Antes: 19,0±4,9; Depois: 22,6±4,3, $p=0,0005$) e Não julgar a experiência interna (Antes: 23,8±6,2; Depois: 27,5±6,9, $p=0,01$). Não houve diferença significativa nos escores totais de *Mindfulness* (Antes: 123,8±17,5; Depois: 139,2±15,9, $p=1,18$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Níveis de *Mindfulness* (Atenção Plena) antes e depois da intervenção baseada em *Mindfulness*

Facetas da Atenção Plena	Basal média (dp)	8 semanas média (dp)
Não julgar a experiência interna	23,8 (6,2)	27,5 (6,9)**
Agir com consciência (piloto automático)	16,8 (2,7)	18,0 (1,7)*
Observar as experiências internas e externas	26,4 (6,1)	29,8 (5,3)**
Descrever (formulação positiva)	16,3 (4,7)	17,8 (4,4)**
Descrever (formulação negativa)	11,0 (3,4)	11,7 (2,7)
Não reagir à experiência interna	19,0 (4,9)	22,6 (4,3)**
Agir com consciência (distração)	10,7 (3,0)	11,7 (2,3)**
Total níveis de <i>Mindfulness</i>	123,8 (17,5)	139,2 (15,9)

* teste de Wilcoxon pareado. $P<0,05$.

** teste T pareado. $P<0,05$.

Quanto ao estado funcional, foram encontradas diferenças significantes para as dimensões: mudanças na saúde (Antes: mediana de 2 (2,3); Depois: 2 (1,2), $p=0,01$), saúde geral (Antes: mediana de 3 (2,3); Depois: 2 (2,3) $p=0,007$), qualidade de vida (Antes: mediana de 2 (2,3); Depois: 2 (2,2), $p=0,04$) e sentimentos (Antes: mediana de 3 (2,3); Depois: 2 (2,3), $p=0,01$) (Tabela 4).

Em relação aos níveis de estresse no trabalho, foi observada redução na frequência de apresentação do modo de organização no trabalho de alta exigência, de 35% antes da intervenção para 19% após a intervenção. Também foi observado o aumento nas frequências de apresentação do modo de organização ativo (antes: 19%; depois: 27%); do modo passivo (antes: 27%; depois: 31%); e do modo de baixa exigência (antes: 19%; depois: 23%). (Figura 2)

Tabela 4 - Níveis de funcionalidade antes e depois da intervenção baseada em *Mindfulness*

Dimensões	Basal mediana (intervalo interquartil)	8 semanas mediana (intervalo interquartil)
Atividade física	2,5 (2;4)	3 (2;3)
Sentimentos	3 (2;3)	2 (2;3)*
Atividades diárias	2 (2;3)	2 (1;3)
Atividades sociais	2 (1;3)	2 (1;3)
Mudanças na saúde	2 (2;3)	2 (1;2)*
Saúde geral	3 (2;3)	2 (2;3)*
Apoio social	2,5 (1;4)	2 (1;3)
Qualidade de vida	2 (2;3)	2 (2;2)*
Dor	3 (2;3)	2 (2;3)

* teste de Wilcoxon pareado. $P<0,05$.

Figura 2 – Distribuição dos modos de organização no trabalho dos profissionais da APS, segundo avaliação da EET, antes e depois intervenção baseada em *Mindfulness*.

6. Discussão

O presente estudo propôs a investigação dos efeitos de um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* no estado funcional, nos níveis de atenção plena e no risco de adoecimento associado ao estresse no trabalho em profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Após 8 semanas do programa de intervenções baseadas em *Mindfulness*, foram observados melhores níveis de *Mindfulness*, revelados nas facetas: Observar as experiências internas e externas; Descrever - formulação positiva; Agir com consciência plena - piloto automático e distração; Não reagir à experiência interna e Não julgar a experiência interna. Também foi observada melhora em relação ao estado funcional dos profissionais abrangendo os domínios: mudanças na saúde, saúde geral, qualidade de vida e sentimentos.

De acordo com o Modelo de Karasek (1979), os profissionais apresentavam, majoritariamente, modo de organização no trabalho de alta exigência antes da intervenção. Após a intervenção baseada em *Mindfulness*, houve redução do padrão de alta exigência e aumento dos modos ativo, passivo e de baixa exigência, configurando riscos intermediários e baixo de adoecimento.

Um programa de redução de estresse baseado em *Mindfulness* foi aplicado em profissionais da APS (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) para avaliar os efeitos a longo prazo sobre *burnout*, estados de humor, empatia e níveis de *Mindfulness* (59). O programa consistiu-se em uma atividade psicoeducativa aplicada aos 87 participantes durante um ano. Utilizou-se os instrumentos *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para avaliar *burnout*; *Profile of Mood States* (POMS) para medir alterações emocionais; *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) para mensurar níveis de empatia; e *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) para avaliar níveis de *Mindfulness*. Foram evidenciadas mudanças em todas as etapas de seguimento e após 8 semanas do programa. Obteve-se resultados semelhantes ao presente estudo referentes às facetas de *Mindfulness*: Observar as experiências internas e externas; descrever as experiências internas; agir com consciência plena; não reagir à experiência interna; e não julgar a experiência interna. O programa desenvolvido era um protocolo do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*, ou seja, contendo 8 sessões com duração de 2h30 cada, além de um retiro de 8 horas

(primeira fase da intervenção) e, após este período, encontros de manutenção das práticas de *Mindfulness*, que ocorreram ao longo de 10 meses, com sessões mensais de 2h30. O estudo utilizou práticas meditativas semelhantes ao presente estudo (*Mindfulness* na respiração, *Body Scan*, *Mindfulness* dos Movimentos Corporais, Caminhada Meditativa e Compaixão) com discussões em grupo sobre facilidades e barreiras da inserção das práticas na vida diária. No estudo mencionado, o instrutor que conduziu a intervenção é certificado pela Universidade de Massachussetts para conduzir um Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-based Stress Reduction Program*), entretanto nota-se que no protocolo aplicado acontece adaptações pertinentes ao ambiente de trabalho. Alguns tópicos foram incluídos em suas sessões, como: apresentação de temas relacionados ao ambiente de trabalho, *burnout*, atividade laboral, relação com pacientes e discussão sobre autocuidado, cuidado com o outro e término da vida. A inserção destes temas relacionados ao ambiente de trabalho parece ser uma intervenção interessante para ampliar o espaço de comunicação e tomada de consciência dos participantes sobre as principais demandas e restrições presentes neste cenário, proporcionando a ocorrência de desfechos favoráveis à saúde do trabalhador. Outro aspecto oportuno para estes desfechos parece ter sido a realização de encontros de manutenção das práticas, que pode ser um modo apropriado e fidedigno de mensurar a sustentabilidade das práticas ao longo do tempo.

Asuero et al. (2014) abordou 68 profissionais da APS em um estudo com objetivo de determinar a efetividade de um treinamento baseado em *Mindfulness* para a redução de *burnout*, distúrbios de humor, aumento da empatia e desenvolvimento de *Mindfulness* (48). O ensaio clínico randomizado realizado na Espanha, comparou dois grupos, experimental (n=43) e controle (n=25), antes e após uma intervenção adaptada (*Krasner's 8-week*), utilizando estratégias de enfrentamento baseadas em *Mindfulness*, práticas de *Mindfulness*, ioga e discussões em grupo (8 sessões semanais de 2h30 e uma sessão de 8 horas). Neste estudo, o grupo controle foi convidado a participar da mesma intervenção ao término do grupo experimental. Foram utilizados os instrumentos: MBI, POMS, JSPE e FFMQ. Quanto aos níveis de *Mindfulness*, foi identificado aumento de níveis de escore nas facetas: Observar as experiências internas e externas; agir com consciência plena; não reagir à experiência interna; e não julgar a experiência interna. Corroborando com os achados de Asuero

et al. (2013) (59), em que os autores introduziram alguns tópicos de discussões ao longo do protocolo, como estratégias de enfrentamento baseadas em *Mindfulness*, pode-se perceber a influência destes tópicos na ocorrência de desfechos mais favoráveis. A faceta correspondente a “descrever as experiências internas” não apresentou diferenças significantes após as 8 semanas, e não está claro se o aspecto em que se refere é na sua formulação positiva ou sua formulação negativa. Estes dois aspectos, são descritos por Barros et al. (2014) (54), como prováveis causadores de vieses e mudanças nas propriedades métricas dos instrumentos, dependendo de como os itens foram formulados, positivamente ou negativamente, na adaptação cultural.

No presente estudo foram observadas diferenças quanto à capacidade de descrever as experiências internas (formulação positiva), sugerindo que os participantes aumentaram esta capacidade ao longo da intervenção e, após este período, encontram facilidades para descrever suas experiências internas em palavras. Quanto a formulação negativa desta mesma faceta, que se refere a dificuldade de descrever as experiências internas em palavras, não foram identificadas diferenças significantes após a intervenção, o que pode apontar que os participantes não encontram ou encontram menos dificuldades para descrever suas experiências internas, fortalecendo os achados quanto à faceta em sua formulação positiva. A clara distinção entre as formulações positivas e negativas nos achados, também pode indicar a maior compreensão e interpretação dos participantes quanto ao próprio instrumento, demonstrando que suas propriedades métricas não sofreram vieses.

Um estudo quasi-experimental avaliou a eficácia de 10 sessões (com duração de 1h30 cada) de técnicas meditativas, adaptadas do *Mindfulness-based Stress Reduction Program*, nos níveis de estresse e ansiedade em um grupo de 38 médicos da APS. Foram comparados dois grupos, experimental (n=19) e controle (n=19), antes e após a intervenção, e após 6 meses do período de intervenção. Os instrumentos de avaliação utilizados foram *Perceived Stress Scale* (PSS) para a avaliação de estresse percebido, *Strain Questionnaire* para mensurar a percepção de tensão e carga emocional gerada durante as atividades laborais e, finalmente, *State Trait Anxiety Questionnaire* para avaliar níveis de ansiedade (como estado e traço). Foi observada redução de 20% nas variáveis relativas à ansiedade como estado, percepção de

estresse e percepção de tensão e carga emocional no trabalho. Já quanto à variável ansiedade como traço, foi revelada redução de 10% após 10 semanas de intervenção (60). Foram evidenciadas alterações na fase pós-intervenção (estresse percebido, percepção de estresse no trabalho e fora do trabalho, ansiedade como estado e como traço), comparado ao grupo controle, mantendo-se significantes após 6 meses da conclusão do programa.

Auserón et al. (2017) investigou a efetividade de um Programa de *Mindfulness* e Compaixão sobre os níveis de estresse e *burnout* em profissionais da Atenção Primária, na Espanha (61). Neste ensaio clínico controlado e aleatorizado, os pesquisadores convidaram 1281 profissionais (médicos e enfermeiros), entretanto apenas 48 aceitaram participar, sendo 25 participantes alocados no grupo de intervenção e 23 no grupo controle. A intervenção foi realizada em 8 sessões com duração de 2h30. Os instrumentos *Self-Compassion Scale*, PSS, MBI e FFMQ foram utilizados para mensurar como o indivíduo age em momentos difíceis, níveis de estresse percebido, *burnout* e para avaliar os níveis de *Mindfulness*, respectivamente. Os resultados apontaram melhora nos níveis de estresse percebido, em comparação com o grupo controle. Em relação aos níveis de *Mindfulness*, os resultados do grupo de intervenção apresentaram diferenças significantes para as facetas: Observar as experiências internas e externas; descrever as experiências internas; agir com consciência plena; não reagir à experiência interna e não julgar a experiência interna, similares aos achados do presente estudo. Além disso, a pesquisa mencionada mostrou aumento nos valores totais de *Mindfulness*, quando comparado ao controle, após a intervenção. Distintamente, os valores totais de *Mindfulness* encontrados no presente estudo não evidenciaram mudanças significantes após a intervenção. Esta constatação pode relacionar-se com a heterogeneidade encontrada na amostra do presente estudo ou até mesmo pela estrutura do programa de intervenções oferecido. Em comparação com o presente estudo, a pesquisa mencionada contou com cronograma de intervenção estruturado de forma diferente, entretanto a maioria das práticas meditativas foram semelhantes (*Mindfulness* na respiração, *Body Scan*, *Mindfulness* dos Movimentos Corporais, Caminhada Meditativa, Compaixão e Valores). O modo de recrutamento (via e-mail) do estudo mencionado parece não ser efetivo para o acesso aos possíveis voluntários, uma vez que o alcance foi de apenas 3,75%. Desta forma, é possível inferir que a divulgação por meio de cartazes e

reuniões com profissionais da APS (como realizado no presente estudo) pode ser mais efetiva para o acesso aos voluntários.

O estudo de Koszycki et al. (2007), avaliou o quanto um programa MBSR foi bem-sucedido para um tratamento psicológico de transtorno de ansiedade social, na redução dos sintomas centrais deste transtorno e melhoria do humor, funcionalidade e qualidade de vida. Cinquenta e três pacientes com transtorno de ansiedade social foram randomizados para um curso de 8 semanas de MBSR (intervenção) ou 12 sessões semanais de terapia cognitivo-comportamental em grupo (controle). O tratamento oferecido ao grupo controle incluiu psicoeducação sobre ansiedade, reestruturação cognitiva e exposições sociais simuladas nas sessões. Já o tratamento ofertado ao grupo de intervenção consistiu no protocolo do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* de 8 semanas (2h30/semana) e uma sessão de retiro. Os avaliadores, cegos à alocação dos tratamentos, administraram diversos instrumentos, dentre eles: Liebowitz *Self-Rated Disability Scale*, que avaliou a incapacidade vitalícia atual (duas semanas passadas) e atribuível a problemas emocionais no âmbito da educação, carreira, das relações familiares, afetivas e de amizade; e *Quality of Life Inventory*, que mede a satisfação em 16 domínios de vida, incluindo saúde, trabalho e amizade. O estudo mostrou que o programa MBSR produziu impacto positivo na funcionalidade e qualidade de vida podendo ser uma alternativa potencialmente útil para alguns pacientes com transtorno de ansiedade social, embora o MBSR tenha apresentado efeitos menos efetivos do que o tratamento com terapia cognitivo-comportamental na redução dos sintomas centrais do transtorno (62). O estudo mencionado foi o único encontrado na literatura, até o momento, investigando o quanto um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* pode ser bem-sucedido em aspectos relativos à funcionalidade. É importante destacar que a população investigada neste estudo não era de profissionais da APS e os autores não contaram com instrumentos que avaliam a Atenção Plena. Assim, evidencia-se uma lacuna na literatura referente à pesquisa dos efeitos das práticas de *Mindfulness* sobre a saúde funcional.

À luz das definições da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é possível levantar hipóteses sobre a relação dos domínios abordados no presente estudo (mudanças na saúde, saúde geral, qualidade de vida e sentimentos) com os mecanismos subjacentes à *Mindfulness*. Com o intuito

de compreender sobre a complexidade dos aspectos relativos à saúde, estados de saúde e qualidade de vida, que englobam distintos componentes físicos, mentais e sociais, é possível inferir que tais aspectos possam ser enquadrados em várias categorias da CIF, de modo sistêmico. Já o domínio “sentimentos”, pode ser enquadrado junto à CIF na categoria correspondente às “funções mentais específicas” e, particularmente, às “funções emocionais” (relacionadas com os sentimentos e componentes afetivos de processos mentais). Assim, os domínios de funcionalidade analisados no estudo podem estar relacionados à regulação da atenção, regulação emocional (revalorização e exposição) e consciência corporal, sustentadas pela prática de *Mindfulness*. Visto que no presente estudo, tais domínios apresentaram melhores resultados após a intervenção, é possível refletir que com a prática de *Mindfulness*, os participantes podem ter se aproximado da habilidade da autoconsciência (dos pensamentos e emoções) e experimentado a redução de estilos cognitivos desadaptativos (ruminação e preocupação), estimulado por uma postura não julgadora e curiosa frente aos eventos cognitivos e emocionais. Também puderam experimentar as emoções percebidas no corpo, explorando-as com a observação presente, o que pode ter favorecido a consciência corporal. As observações de eventos emocionais, sem tentar alterá-los, buscando uma postura não-reativa, pode ter gerado benefícios aos praticantes, uma vez que esta observação não-reativa e descentrada (não-identificada) das experiências, mesmo sendo desagradáveis, pode contribuir para o manejo das mesmas, ou seja, sem buscar alterar o conteúdo da emoção, mas o modo que se relaciona com ela (41).

Os achados relativos às facetas de *Mindfulness*, no presente estudo, que mostraram melhora após a intervenção (“Observar as experiências internas e externas”; “Descrever as experiências internas”; “Não reagir à experiência interna”; “Não julgar a experiência interna”; e “Agir com consciência plena”), podem estar intimamente envolvidos com os processos desenhados nos domínios relativos à capacidade funcional.

Para abordar os efeitos de *Mindfulness* sobre risco de adoecimento associado ao estresse no ambiente de trabalho, se faz necessário lembrar que no modelo de Karasek (1979) existem quatro modos de organização no trabalho relacionados à demanda e controle: alta exigência, baixa exigência, ativo e passivo (12). No presente estudo foi observada a redução no risco de adoecimento do trabalhador, visto que,

majoritariamente, o modo de organização passou de alta exigência, no momento basal, para modos de trabalho que oferecem riscos intermediários (ativo e passivo) e baixo (baixa exigência) à saúde, após a intervenção. Entretanto, mesmo com a redução do risco de adoecimento apresentado, os resultados sobre o modo de trabalho passivo, segundo Karasek (1979), podem estar associados com a insatisfação no trabalho (14). Referente à esta hipótese, é possível inferir que a ampliação da tomada de consciência sobre as experiências internas dos participantes (pensamentos, sentimentos e emoções) pode ter contribuído para uma percepção mais apurada sobre o processo de trabalho, refletindo sobre os níveis de satisfação laboral.

De acordo com Alves et al. (2004), o apoio social funciona como um modificador de efeito negativo no caso de trabalhadores com alta exigência (56). Como foi observado no presente estudo, a dimensão apoio social expressou melhora após a intervenção que pode ter beneficiado no modo de organização no trabalho e na saúde dos envolvidos (Apêndice 5). Um estudo transversal com trabalhadores da categoria técnico-administrativa que investigou a associação da sintomatologia depressiva com variáveis sociodemográficas, exposição e dimensões do estresse ocupacional, revelou que o apoio social é tido como o mais significativo fator de proteção para sintomatologia depressiva (63).

Uma revisão sistemática avaliou intervenções destinadas a melhorar o bem-estar de médicos generalistas. Dos 5392 estudos revisados, quatro foram incluídos e sugerem que os programas baseados na abordagem cognitivo-comportamental e *Mindfulness* promoveram redução de angústia nos médicos generalistas. Os resultados apontaram que intervenções se basearam na autoconsciência e na melhora da resposta ao estresse, como uma abordagem de prevenção de doença mental (64). Ruotsalainen et al. (2015), em uma revisão da Cochrane, analisou 58 estudos randomizados a fim de avaliar a eficácia das intervenções direcionadas à prevenção do estresse no trabalho em profissionais de saúde. Qualquer trabalhador empregado num ambiente de saúde poderia ser incluído nesta análise, resultando em 39 estudos que foram considerados de baixa qualidade. Observou-se que o treinamento cognitivo-comportamental possui efeito modesto na redução dos níveis de estresse (13%) em comparação com a não intervenção, assim como foi identificado nos estudos que utilizaram técnicas de relaxamento e *Mindfulness*. Dois destes

estudos sugerem que mudanças estruturais, como melhoria das condições de trabalho e o apoio organizacional, não conduzem a efeitos consideráveis sobre os níveis de estresse (65). Ambas revisões apontam a necessidade de novas pesquisas, como estudos controlados e randomizados, para a devida avaliação dos efeitos das práticas de *Mindfulness* sobre a saúde mental e física de profissionais da APS (64,65).

Profissionais da APS lidam diariamente com fontes geradoras de estresse: pressões em relação ao tempo de trabalho e ao atendimento de grande número de pessoas, atividades com alto grau de comprometimento e exposição (visitas domiciliares, por exemplo), conflitos entre os profissionais e com os usuários, que podem representar as demandas psicológicas encontradas no ambiente da APS. Escassez de materiais de trabalho, falta de recursos humanos, engessamento do processo de trabalho e do próprio sistema de saúde (visto os reduzidos recursos financeiros e a burocracia), podem caracterizar as restrições das ações (controle) neste ambiente. Tendo em vista que no presente estudo foram identificados em maior frequência os modos de organização no trabalho de alta exigência, no momento basal, e passivo após 8 semanas de intervenção, percebe-se a redução das demandas psicológicas e a estabilidade do controle. Ou seja, é possível inferir que a percepção das demandas pode ter sofrido influência positiva ao término do Programa, mesmo que o controle não tenha mudado. Neste sentido, a aproximação das práticas e conceitos baseados em *Mindfulness* podem ter promovido recursos cognitivos e emocionais para que os participantes vivenciassem as demandas psicológicas de modo adaptativo e benéfico ao se aproximarem da habilidade da atenção plena. As atitudes não julgadoras, não-reativas, curiosas e de aceitação diante das experiências internas e externas, incentivadas durante o Programa, podem ter propiciado melhor manejo das demandas psicológicas durante este período.

O instrumento PSS, utilizado por alguns estudos (60,61), é um instrumento de avaliação psicológica utilizada para mensurar o grau em que as situações da vida são avaliadas como estressantes pelos indivíduos. Já a EET, utilizada na presente pesquisa, trata-se de um instrumento voltado à avaliação das interações do indivíduo com o ambiente de trabalho, particularmente quanto aos aspectos relativos à demanda, controle e apoio social. Considerando os mecanismos relacionados ao *Mindfulness*, é possível inferir que a PSS pode ser um instrumento mais apropriado para avaliar os efeitos subjetivos e individuais inerentes a prática, quando comparado

com a EET. No entanto, com o intuito de avaliar o efeito das práticas sobre os riscos de adoecimento associados ao estresse no trabalho, optou-se por uma escala mais específica e abrangente à situação de estresse laboral.

No presente estudo, optou-se pelo uso do FFMQ por ser um instrumento que avalia cinco facetas de *Mindfulness* (visão multifatorial), por ter sido validado e traduzido para a língua portuguesa e por ser mais utilizado na literatura. Optou-se pelo uso do instrumento COOP, por ser de fácil aplicação, também ser validado e traduzido para a língua portuguesa e por avaliar maior número de domínios relativos à funcionalidade, quando comparado a outros instrumentos, como o WHODAS 2.0. É passível de discussão as diferenças na interpretação dos questionários baseados no auto-relato, uma vez que distintos graus de envolvimento com a prática meditativa podem influenciar na concepção das experiências vivenciadas por cada indivíduo. No presente estudo, a medida tomada para minimizar tal interferência foi a de excluir indivíduos que relataram ter realizado qualquer tipo de atividade que remeta a prática meditativa, adotadas por tradições religiosas e espirituais, nos últimos 12 meses.

A ausência de controle é uma limitação desta pesquisa, contudo quando se aplicam intervenções que necessitam de motivação do sujeito, um controle externo também pode trazer viés de avaliação, já que as dimensões psicológicas englobam subjetividade e individualidade. Outra limitação e possível fonte de viés trata-se da constante demanda encontrada por esta população em responder ou participar de pesquisas científicas, tendo em vista o vínculo com a universidade que gera um fluxo permanente de pesquisadores em campo. A aplicação dos instrumentos de avaliação por *e-mail* não trouxe benefício no período de recrutamento de parte dos voluntários de pesquisa, havendo perda de 47,2% da amostra inicial. Os voluntários não responderam aos questionários enviados justificando não terem conseguido acessar o *link* de acesso aos próprios instrumentos (destinados aos *e-mails* de cada pessoa) ou alegando falta de tempo para respondê-los. Alguns voluntários elegíveis não puderam participar do programa devido à incompatibilidade de horário e à falta de recursos humanos da unidade para revezamento enquanto estivessem participando do programa. Entretanto, aqueles que puderam participar e que se beneficiaram pela variedade de horários oferecida (sendo 1 turma pela manhã, 2 turmas a tarde e 1 turma a noite), aderiram à intervenção e engajaram-se no grupo, sendo encontrada apenas 10% de perda de seguimento. Tendo em vista a necessidade de atender a

rotina laboral vivenciada na APS, que normalmente compreende intensa demanda, foi necessário adaptar o tempo de execução do programa, que reduziu de 2h30 (tempo habitual em protocolos tradicionais) para 2 horas a duração de cada encontro, e foi excluído o dia de retiro. Durante a execução do programa, os participantes auto relatavam sobre as experiências vivenciadas nas práticas formais e informais realizadas em cada semana e eram estimulados a preencher os diários de práticas (quantitativos e qualitativos), disponibilizados no início do programa. Entretanto, como tratava-se de auto relato e não era obrigatório o preenchimento dos diários de práticas, não foi possível avaliar de forma controlada as experiências que os participantes vivenciavam entre os encontros, caracterizando uma limitação do presente estudo. Além disso, apesar dos participantes terem sido indagados sobre o uso de psicotrópicos na entrevista inicial, não foi possível ter acesso ao possível uso de outros medicamentos que poderiam interferir nos resultados.

Salienta-se que os resultados de melhora dos parâmetros encontrados são decorrentes de um trabalho realizado por recursos humanos latentes em cada participante, sem o uso de complexas tecnologias, medicações ou mudança na infraestrutura, o que embasa o diferencial e a relevância desta pesquisa.

7. Conclusão

Em conclusão, observa-se que intervenções baseadas em *Mindfulness* aplicadas a profissionais da APS podem melhorar níveis de atenção plena, funcionalidade e podem modificar os modos de organização no trabalho, reduzindo riscos de adoecimento destes profissionais.

7.1. Implicações à prática

Considerando os resultados da presente pesquisa, nota-se que a utilização das práticas baseadas em *Mindfulness* é uma estratégia de baixo custo, de caráter autossustentável, prático e que introduz os conceitos de compaixão e valores de vida no cotidiano. Após o programa de 8 semanas, um indivíduo está apto a aplicar sozinho as práticas e conceitos de *Mindfulness* no seu dia-a-dia, acessando a qualquer momento as habilidades treinadas. Desta forma, esta estratégia valoriza o potencial humano, possibilita o autoconhecimento e aproxima as pessoas da vivência do *ser*.

Intervenções que favoreçam a redução do estresse e promovam o bem-estar e qualidade de vida devem ser implementadas e difundidas no sistema de saúde, como sugerido na PNPIC, respondendo ao desafio de tornar permanentes as práticas integrativas e complementares e, de fato, compor uma política de atenção integral à saúde em âmbito nacional. Os profissionais da APS, e outras populações, necessitam de um suporte psíquico e estrutural capaz de promover transformações edificantes em um aspecto que sustenta a humanidade: as próprias relações humanas.

8. Referências

1. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. 1936; Available from: <http://www.nature.com/nature/journal/v138/n3479/pdf/138032a0.pdf>
2. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br Med J*. 1950;01(01):1383–92.
3. Lazarus R. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company; 1999.
4. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Plan of Mental Health 2015 – 2020. 2014.
6. Souza-Talarico JN, Plusquellec P, Lupien SJ, Fiocco A, Suchecki D. Cross-Country Differences in Basal and Stress-Induced Cortisol Secretion in Older Adults. *PLoS ONE*. 2014 Aug 25;09(08).
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
8. Maslach C, Leiter MP, Bakker AB. *Burnout at Work: A psychological perspective*. New York: Psychology Press; 2014. 182 p.
9. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11:324–35.
10. Organização Mundial de Saúde, Direcção-Geral de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. 2004.
11. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL. Construindo mais saúde para a população. [Internet]. 2011. Available from: http://www.crefito8.br/site/servicos/pnsf_07_01_12.pdf
12. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books (AZ); 1992. 381 p.
13. Kirchhof ALC, Magnago TSB de S, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Jun;18(2):215–23.
14. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979 Jun;24(2):285–308.
15. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
16. Brito BC de, Santos FC, Soares MI, Camelo SHH. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro hospitalar e estratégias de gerenciamento: uma revisão integrativa. *Rev Saúde e Gestão*. 2015;06(01):437–50.

17. Tremolada M, Schiavo S, Tison T, Sormano E, Silvestro GD, Marson P, et al. Stress, Burnout, and Job Satisfaction in 470 Health Professionals in 98 Apheresis Units in Italy: A SIdEM Collaborative Study. *Journal of Clinical Apheresis*. 2015 Jan;297–304.
18. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(01):652–66.
19. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(02):225–33.
20. Pereira S de S, Teixeira CAB, Reisdorfer E, Vieira MV, Gherardi-Donato EC da S, Cardoso L. The relationship between occupational stressors and coping strategies in nursing technicians. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(04):02–8.
21. Kanno N de P, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc*. 2012;21(4):884–94.
22. Schrader G, Palagi S, Padilha MAS, Nuguez PT, Thofehrn MB, Pai DP. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2012 Mar;65(2):222–8.
23. Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Rev Enferm*. 2012 dez;20(01):661–7.
24. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(1):14–21.
25. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. [Internet]. 2012. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>
26. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1732–42.
27. Nascimento MVN do, Oliveira IF de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estudos de Psicologia*. 2016;21(03):272–81.
28. Eberth J, Sedlmeier P. The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*. 2012 Setembro;3(3):174–89.
29. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. *Mindfulness e Psicoterapia*. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
30. Bishop SR. What do we really know about mindfulness based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*. 2002;64(1):71–83.
31. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta Trade Paperback; 2005.

32. Vorkapic CF, Rangé B. Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas: um guia de aplicações e de prática pessoal para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Cognitiva; 2013. 108 p.
33. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology Science and Practice*. 2003;10(02):144–56.
34. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*. 2005;12(2):164–76.
35. Williams M, Russell I, Russell D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):524–9.
36. Cusens B, Duggan GB, Thorne K, Burch V. Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010 Jan;17(1):63–78.
37. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2014 May 1;71(5):547.
38. Bishop SR, Lau M, Shapiro SL, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):230–41.
39. Hayes-Skelton S, Graham J. Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. 2013;41(3):317–28.
40. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*. 2011 Nov;6(6):537–59.
41. Martí AC i, Garcia-Campayo J, Demarzo MMP. Mindfulness e Ciência: da tradição à modernidade. São Paulo: Palas Athena; 2016. 236 p.
42. Gross JJ. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*. 1998;2(3):271–99.
43. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS One*. 2009 Mai;4(5):e5614.
44. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Depression: the treatment and management of depression in adults (update edition). [Internet]. NICE Clinical Guidelines; 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
45. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINE NETWORK. Non-pharmaceutical management of depression. A national clinical guideline. SIGN, n. 114, 2010 [Internet]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. Available from: <http://www.sign.ac.uk/sign-114-non-pharmaceutical-management-of-depression.html>

46. Crane RS, Kuyken W. The implementation of mindfulness-based cognitive therapy: learning from the UK Health Service experience. *Mindfulness* NY. 2013;4(3):246–54.
47. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, Lucassen PL, Donders ART, van der Horst HE, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *British Journal of General Practice*. 2016 Feb 1;66(643):e99–105.
48. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014 Jan;34(1):4–12.
49. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Annals of Family Medicine*. 2013 Set;11(5):411–20.
50. Demarzo MMP, Andreoni S, Sanches N, Perez S, Fortes S, Garcia-Campayo J. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Perceived Stress and Quality of Life: An Open, Uncontrolled Study in a Brazilian Healthy Sample. *EXPLORE J Sci Heal*. 2014 Mar;10(2):118–20.
51. Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Nogueira-Martins LA. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2016 Mar;12(2):90–9.
52. Antanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med*. 2015 Set;15(303):01–7.
53. Santorelli SF, editor. Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Standards of Practice [Internet]. Santorelli, Saki F.; 2014. Available from: https://www.umassmed.edu/contentassets/24cd221488584125835e2eddc7dbb89/mbsr_standards_of_practice_2014.pdf
54. Barros, Viviam V., Kozasa EH, Souza ICW de, Ronzani TM. Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2014 Jul;30(3):317–27.
55. Pedrini, GS, Ruffino Neto, A. Adaptação cultural e validação do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida COOP function charts (tese). 2010.
56. Alves MG de M, Chor D, Faerstein E, Lopes C de S, Werneck GL. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):164–71.
57. UK Network for Mindfulness-Based Teacher Trainig Organisations, editor. UK Network for Mindfulness-Based Teachers Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses. 2015.

58. ELIOT E ASSOCIATES, editor. Guidelines for Conducting a Focus Group. [Internet]. 2005. Available from: http://datainnovationproject.org/wp-content/uploads/2017/04/4_How_to_Conduct_a_Focus_Group-2-1.pdf
59. Asuero AM, Blanco TR, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Queraltó JM. Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gac Sanit*. 2013;27(6):521–8.
60. Justo CF. Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique. *Aten Primaria*. 2010 Nov;42(11):564–70.
61. Auserón G, Viscarret MR, Goñi CF, Rubio VG, Pascual PP, Galdeano ES de MG. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria*. 2017
62. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2007 Oct;45(10):2518–26.
63. Gavin RS, Reisdorfer E, Gherardi-Donato EC da S, Reis LN, Zanetti ACG. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015 Mar;11(1):2–9.
64. Murray M, Murray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC Family Practice*. 2016 Mar 24;17:02-14.
65. Ruotsalainen J, Verbeek J, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Abr;

APÊNDICE 1 - Materiais de divulgação

PROMOÇÃO DE SAÚDE PESSOAL E QUALIDADE DE VIDA

A Faculdade de Medicina da USP Ribeirão convida os profissionais que atuam nesta Unidade de Saúde da FMRP-USP para participarem do PROGRAMA DE REDUÇÃO DE ESTRESSE baseado em **Mindfulness**. Participe!

O Programa consiste na realização de exercícios meditativos voltados ao treino da atenção. Estudos apontam efeitos benéficos à saúde propiciados pela prática da meditação **Mindfulness**, como redução dos níveis de estresse, de ansiedade, dor crônica e melhora na qualidade de vida.

PARTICIPAÇÃO TOTALMENTE GRATUITA

Quem pode participar do Programa?

- Profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da FMRP-USP.
- Maiores de 18 anos.

Como funciona o Programa?

- Encontro Presencial.
- Duração de 8 semanas.
- 1 encontro por semana.
- Início ____/____/____ Término ____/____/____
- Local: _____
- Horário: _____

Como se inscrever?

- Manifeste o seu interesse em participar do Programa pelo endereço eletrônico _____ ou na Recepção da própria Unidade de Saúde que você trabalha.
- Aguarde a ligação da equipe do Programa para efetivar a sua inscrição.
- Inscrições abertas de ____/____/____ até ____/____/____.

Cartaz para divulgação

O Grupo Para-Mente, da FMRP-USP, convida os profissionais que atuam nesta Unidade de Saúde para participarem do "Programa de Redução de Estresse", baseado em Mindfulness. Participe!

O programa consiste na realização de exercícios meditativos voltados ao treino da atenção. Estudos apontam efeitos benéficos à saúde, propiciados pela prática da meditação Mindfulness, como redução dos níveis de estresse, ansiedade, dor crônica e melhora na qualidade de vida.

Quem pode participar do programa

- Profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da FMRP-USP;
- Maiores de 18 anos.

Como funciona o programa

- Encontro presencial;
- Duração de oito semanas;
- Um encontro por semana, com duração de duas horas;
- Início: primeira semana de outubro/2015.

Como participar do programa

- Procure na sua Unidade de Saúde por _____ e faça a sua pré-inscrição, fornecendo o seu nome completo e um telefone de fácil contato.
- Para efetivar a sua inscrição, aguarde a ligação da equipe de programa.

Atenção: nossa equipe realizará ligações via Skype para confirmar a inscrição, portanto, fique atento à possibilidade de receber chamada de um número restrito/privado/desconhecido).

Inscrições: até o dia 30/9/2015

Marcador de página para divulgação

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Os efeitos de um programa de redução de estresse baseado em *Mindfulness*: um estudo controlado antes-e-depois
Pesquisador Principal: Bel. Mariana Fernandes
Pesquisadores Associados: Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza, Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Ma. Ana Carolina Arruda Franzon e Dra. Giordana Campos Braga
Instituição a que pertencem: Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)
Telefone para contato: (16) 3602-2536
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP 14049-900, Ribeirão Preto – SP

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Os efeitos de um programa de redução de estresse baseado em *Mindfulness*: um estudo controlado antes-e-depois”. O principal objetivo do estudo é avaliar o impacto de um programa de intervenções baseadas em *Mindfulness* em aspectos funcionais da vida das pessoas, na percepção de estresse individual e nos níveis de atenção plena de profissionais do Centro Médico Social Comunitário (CMSC) Vila Lobato e das Unidades de Saúde da Família (USF): Núcleo 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de Ribeirão Preto.

A pesquisa será realizada com pessoas que tiverem interesse em participar do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* que será desenvolvido no período de oito semanas e incluirá encontros semanais com os participantes, com duração de duas horas cada. No programa, os participantes vivenciarão técnicas simples de *Mindfulness* junto a instrutora nos encontros presenciais e nos períodos que não ocorrerão os encontros presenciais, os participantes serão instruídos a realizar práticas relativas ao programa no ambiente doméstico ou de trabalho. As principais técnicas utilizadas são: “escaneamento” corporal (*body scan*), caminhada meditativa, atenção plena na respiração (*mindfulness* na respiração) e movimentos corporais com atenção plena (*yoga*). Os efeitos benéficos à saúde propiciados pela prática de *Mindfulness* podem envolver redução dos níveis de estresse, de ansiedade e melhora na qualidade de vida.

Sua participação consistirá em (i) preencher um formulário para obtenção de dados sócio demográficos e de características/informações pessoais e comportamentais, (ii) responder aos instrumentos de avaliação do nível de estresse no trabalho, de atenção plena e de funcionalidade, que serão disponibilizados em dois momentos do programa (início e final), e (III) participar do grupo focal que também consistirá na coleta de dados da pesquisa.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, tendo o(a) senhor(a) a liberdade de se recusar a participar. Caso aceite participar, seu nome ficará em segredo, não aparecendo em qualquer etapa da análise dos dados assim como nos resultados da

pesquisa, de forma a manter seu sigilo e privacidade. Caso concorde em participar, poderá também desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento, sem penalização alguma.

Para resguardar sua privacidade e anonimato, os materiais e documentos de pesquisa serão armazenados em computadores protegidos por senha e de posse dos pesquisadores deste estudo, com acesso restrito a estes, não sendo divulgado a outras pessoas. Os formulários e instrumentos de avaliação serão guardados em uma sala do Departamento de Medicina social – USP por um período de cinco anos e depois serão incinerados.

As possibilidades de riscos do presente estudo podem abranger: desencadeamento de processos psicológicos que podem gerar algum tipo de sofrimento ao participante, quedas ou pequenas lesões decorrentes de movimentos corporais.

A sua participação poderá contribuir para avaliar se a vivência de técnicas de *Mindfulness* é capaz de ter impacto em aspectos funcionais, promover melhora no nível de atenção plena e reduzir índices de estresse no trabalho. Os resultados da pesquisa serão divulgados em publicações e eventos científicos, bem como para instituições relacionadas à saúde.

Os pesquisadores do presente estudo se responsabilizam por qualquer dano causado decorrente desta pesquisa. Você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente da sua participação nesta pesquisa.

Esse termo será assinado pelo pesquisador responsável e por você, em duas vias, sendo que uma via assinada ficará com você.

Se desejar informações adicionais, você poderá contatar os pesquisadores através dos dados acima, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola FMRP/USP pelo telefone 3315-0009.

Eu, _____, RG _____, declaro ter lido o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e recebido uma cópia deste documento. Declaro ainda ter sido informado sobre os aspectos e dúvidas referentes à pesquisa, e concordo em participar como voluntário da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

_____.

Nome do pesquisador

_____.

Assinatura do pesquisador

_____.

APÊNDICE 3 – Ambiente Virtual (*Moodle*)

The screenshot shows a web browser window displaying a Moodle course page. The browser's address bar shows the URL: `cursosextensao.usp.br/course/view.php?id=316`. The page header includes the USP logo and the user's name, Mariana Fernandes, with the role 'Aluno' (Student).

The main heading of the course is 'Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness'. Below this, a breadcrumb trail indicates the path: 'Página inicial / Ribeirão Preto / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP / Mindfulness'.

On the left side, there are two main navigation menus:

- Administração** (Administration):
 - Administração do curso (Course administration)
 - Notas (Notes)
 - Mudar papel para... (Change role to...)
 - Retomar ao meu papel normal (Return to my normal role)
- Navegação** (Navigation):
 - Página inicial (Home)
 - Painel (Dashboard)
 - Páginas do site (Site pages)
 - Curso atual (Current course)
 - Mindfulness**
 - Participantes (Participants)
 - Emblemas (Badges)
 - Geral (General)
 - Descobrir o que é Mindfulness (Discover what Mindfulness is)

The main content area is titled 'Cronograma de atividades' (Activity schedule). It features a section 'Descobrir o que é Mindfulness' (Discover what Mindfulness is) with the following details:

- Sugestões de práticas para a semana: (Suggestions of practices for the week:)
- ☐ Refeição diariamente com atenção plena (práticas informais) ☐ (Daily meal with full attention (informal practices))
- 5 min de prática diária de body scan (5 min of daily body scan practice)
- Diários de prática (Practice diaries)

Below this, there is a list of audio resources, each with a speaker icon:

- Orientações gerais para a prática de Mindfulness (General orientations for Mindfulness practice)
- Prática dos 3 minutos (3-minute practice)
- Prática do Escaneamento Corporal (Body Scan) (Body Scan practice)
- Prática do Escaneamento Corporal Breve (Brief Body Scan practice)
- Sobre o uso do material de áudio (About the use of audio material)

The Windows taskbar at the bottom shows the time as 07:49 on 03/03/2017, along with various system icons and open applications.

APÊNDICE 4 – Formulário (entrevista inicial)

I. Questionário Sócio Demográfico

Instrução: Por favor, responda as perguntas abaixo.

- 1) Qual é a sua idade?
____ anos
- 2) Qual é o seu sexo?
☐ Homem
☐ Mulher
- 3) Qual é a cor da sua pele?
☐ Branca
☐ Parda
☐ Preta
☐ Indígena
☐ Amarela
- 4) Qual é o seu estado civil?
☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a) no papel
☐ União Estável
☐ Separado(a)
☐ Viúvo(a)
- 5) Qual é o seu nível de escolaridade?
☐ Ensino fundamental I (Básico – até quarta série/quinto ano)
☐ Ensino fundamental II (até oitava série/nono ano)
☐ Ensino médio (Colegial/ 2º grau)
☐ Ensino superior completo
- 6) Qual é a sua atual ocupação?
☐ Servidor Público
☐ Empregador
☐ Trabalha com carteira assinada
☐ Trabalha sem carteira assinada
☐ Autônomo
☐ Outro
- 7) Qual é a sua religião?
☐ Católica Apostólica Romana
☐ Evangélica
☐ Umbanda/ Candomblé
☐ Espírita
☐ Sem religião

II. Características pessoais, comportamentais e do trabalho

- 1) Possui comorbidades (ocorrência simultânea de dois ou mais problemas de saúde)?
☐ Sim
☐ Não
- 2) Faz uso de psicotrópicos (substâncias psicoativas com fins terapêuticos)?
☐ Sim
☐ Não
- 3) Qual é a sua carga horária de trabalho?
☐ Até 20h/semanais
☐ Até 40h/semanais
☐ Até 60h/semanais
- 4) Qual é o seu local de trabalho?
☐ Equipe multiprofissional
☐ Equipe de enfermagem
☐ Equipe médica
☐ Equipe de agentes comunitários de saúde
- 5) Possui algum *hobby* (prática de atividades físicas ou artísticas)?
☐ Sim
☐ Não
- 6) Participa de algum grupo: religioso, psicoterapêutico, artístico ou musical?
☐ Sim
☐ Não

APÊNDICE 5

Dimensões de estresse no trabalho antes e depois da intervenção e categorias segundo o Modelo de Karasek (1979)

Dimensões	Basal n (%)	8 semanas n (%)
Demanda		
Alta	14 (53,9)	12 (46,1)
Baixa	12 (46,1)	14 (53,9)
Controle		
Alto	10 (38,5)	13 (50)
Baixo	16 (61,5)	13 (50)
Apoio Social		
Alto	13 (50)	15 (57,7)
Baixo	13 (50)	11 (42,3)
Categorias do Modelo		
Alta Exigência	9 (35)	5 (19)
Baixa Exigência	5 (19)	6 (23)
Ativo	5 (19)	7 (27)
Passivo	7 (27)	8 (31)

ANEXO 1 - Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*

Questionário das Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR)

Instrução: Por favor, **circule a resposta** que melhor descreva a frequência com que as sentenças são verdadeiras para você.

Nunca ou raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Não tenho certeza	Normalmente verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.

1 2 3 4 5

2) Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.

1 2 3 4 5

3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.

1 2 3 4 5

4) Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.

1 2 3 4 5

5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.

1 2 3 4 5

7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.

1 2 3 4 5

8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.

1 2 3 4 5

9) Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.

1 2 3 4 5

10) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.

1 2 3 4 5

11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.

1 2 3 4 5

12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.

1 2 3 4 5

13) Eu me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.

1 2 3 4 5

15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.

1 2 3 4 5

16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.

1 2 3 4 5

17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.

1 2 3 4 5

18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.

1 2 3 4 5

19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu “dou um passo atrás” e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.

1 2 3 4 5

20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.

1 2 3 4 5

21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.

1 2 3 4 5

22) Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.

1 2 3 4 5

23) Parece que eu estou “funcionando no piloto automático” sem muita consciência do que estou fazendo.

1 2 3 4 5

24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.

1 2 3 4 5

25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.

1 2 3 4 5

26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.

1 2 3 4 5

27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.

1 2 3 4 5

28) Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.

1 2 3 4 5

29) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.

1 2 3 4 5

30) Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.

1 2 3 4 5

31) Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.

1 2 3 4 5

32) Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.

1 2 3 4 5

33) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.

1 2 3 4 5

34) Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.

1 2 3 4 5

35) Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.

1 2 3 4 5

36) Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.

1 2 3 4 5

37) Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.

1 2 3 4 5

38) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.

1 2 3 4 5

39) Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.

1 2 3 4 5

ANEXO 2 – Dartmouth COOP Charts

ATIVIDADE FÍSICA

Nas últimas 4 semanas...

Qual foi a atividade física mais pesada que você conseguiu realizar por, pelo menos, dois minutos?

Muito intenso (por exemplo): *Correr rapidamente *Subir escada ou morro com algo pesado (10Kg)		1
Intenso (por exemplo): *Correr devagar *Subir uma escada ou morro com boa velocidade		2
Moderado (por exemplo): *caminhar rapidamente *carregar algo pesado (10Kg) no plano		3
Leve (por exemplo): *caminhar normalmente *carregar algo leve (5Kg) no plano		4
Muito leve (por exemplo): *caminhar vagarosamente *lavar a louça		5

A

SENTIMENTOS

Nas últimas 4 semanas...

Você tem sofrido com problemas de ansiedade, depressão, irritação ou tristeza

Não, nada		1
Um pouco		2
Razoavelmente		3
Bastante		4
Muitíssimo		5

B

ATIVIDADE DIÁRIAS

Nas últimas 4 semanas...Qual a dificuldade que você sentiu para realizar suas atividades e tarefas diárias, dentro e fora de casa, por problemas de saúde emocionais ou físicos?

Nenhuma dificuldade		1
Um pouco de dificuldade		2
Razoável dificuldade		3
Muita dificuldade		4
Não consegui fazer		5

C

RELACIONAMENTOS SOCIAIS

Nas últimas 4 semanas...Seus problemas de saúde emocionais ou físicos limitaram seus relacionamentos sociais com a família, amigos, vizinhos ou grupos?

Nada, nem um pouco		1
Um pouco		2
Razoavelmente		3
Bastante		4
Totalmente		5

D

MUDANÇA NA SAÚDE

Como você compara sua saúde agora em relação à de 4 semanas atrás

Muito melhor	↑↑ ++	1
Um pouco melhor	↑ +	2
Igual	↔ =	3
Um pouco pior	↓ -	4
Muito pior	↓↓ --	5

E

SAÚDE GERAL

Como você classificaria sua saúde geral, durante as últimas 04 semanas?

Excelente		1
Muito Boa		2
Boa		3
Razoável		4
Ruim		5

F

APOIO SOCIAL

Durante as últimas 4 semanas você pôde contar com ajuda de alguém, em caso de necessidade?

Por exemplo, se você:

-sentiu-se nervoso(a), sozinho(a) ou triste(a)

-ficou doente ou acamado

-precisou de alguém para conversar

-necessitou de ajuda nas tarefas da casa

-necessitou de ajuda para cuidar de si mesmo(a)

Sim, sempre que precisei		1
Sim, bastante		2
Sim, alguma		3
Sim, algumas vezes		4
Não, nenhuma		5

G

QUALIDADE DE VIDA

Como foram as últimas 04 semanas para você?

Ótimas, não podia ser melhores!	1
Boas	2
Partes boas e ruins, na mesma proporção	3
Ruins	4
Péssimas, nunca estiveram piores	5

H

DOR

Nas últimas 4 semanas...

Quanta dor no corpo você geralmente sentiu?

Não, nenhuma dor		1
Pouquíssima		2
Dor discreta		3
Dor moderada		4
Dor extrema		5

ANEXO 3 - Escala de Estresse no Trabalho

- 1.Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 2.Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 3.Seu trabalho exige demais de você?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 4.Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 5.O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 6.Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 7.Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 8.Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 9.No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 10.Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 11.Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
() Frequentemente () às vezes () Raramente () Nunca ou quase nunca
- 12.Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente
- 13.No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente
- 14.Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente
- 15.Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente
- 16.No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente
- 17.Eu gosto de trabalhar com meus colegas.
() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo () Discordo totalmente