Mariah Theodoro de Souza

**A autopercepção de comportamentos relacionados à atenção plena em
profissionais da saúde**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

São Paulo

2016

Mariah Theodoro de Souza

**A autopercepção de comportamentos relacionados à atenção plena em
profissionais da saúde**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Mariah Theodoro de

A autopercepção de comportamentos relacionados à atenção plena em profissionais da saúde / Mariah Theodoro de Souza. -- São Paulo, 2016.

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

Orientador: Reinaldo José Gianini.

Descritores: 1.Promoção da saúde 2.Saúde mental 3.Atenção plena 4.Estresse psicológico 5.Transtornos mentais 6.Meditação 7.Centros de atenção terciária 8.Condições sociais 9.Nível de saúde 10.Indicadores básicos de saúde 11.Pessoal de saúde 12.Questionários 13.Estudos transversais

USP/FM/DBD-090/16

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

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

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

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

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

A Lista de Siglas e Abreviatura foi elaborada seguindo a ordem de entrada no texto.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado com todo meu amor aos meus pais Luciana e Eduardo, cujo apoio foi fundamental para a realização do que vivo hoje como presente em minha estrada da vida profissional. Aos seus valores e ensinamentos que me guiam com determinação em busca de minha construção como um ser humano melhor e literalmente amante... De como a vida me saúda.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por manifestar-se na singeleza da vida e na grandeza de nosso potencial humano.

Ao meu orientador Dr. Reinaldo Gianini, a quem devo a concretização deste sonho, por toda disponibilidade, atenção, sabedoria que me transmitiu e que guardarei para sempre como exemplo de Professor.

Aos meus pais Eduardo e Luciana pelo apoio incondicional, pelo amor, felicidade e suporte.

A minha linda irmã Sarah por todo afeto e parceria sem igual. Sem você comigo os dias não teriam sido tão brilhantes.

Ao meu marido José Luiz pela compreensão, paciência, amor e orientações nesta caminhada.

A minha avó Lena pela fé que tenho hoje, por sua doce presença. Aos meus outros avós que vibram sem dúvida por minhas conquistas.

A Lourdes por sua delicadeza, amor e dedicação de uma vida a mim e minha família.

A Moah e Branca, bichinhos amados, por cada demonstração de afeto e companheirismo sem igual. Ao Sr. Mar por cada onda que me permitiu surfar renovando minha força e o que há de melhor em mim.

A família Sebba de Souza pela torcida.

A querida amiga Dra. Flávia Azevedo quem me incentivou, acreditou em mim e me abriu as portas no HC-FMUSP e na Faculdade de Medicina de São Paulo. Minha gratidão eterna.

A Marbel por toda dedicação, inspiração e aprendizado interno que venho conquistando.

Aos meus Mestres reikianos Eugênio e Cleide Rojas por todo carinho e cuidado.

Aos amigos do Departamento de Medicina Preventiva, Cleiton Eduardo Fiório, Marcia Mandelli, Felipe Nascimento e Juliana Yukari pelas boas risadas, força e ajuda.

A Miriam Regina de Souza por sua simpatia e colaboração sem tamanho.

Aos Professores Doutores Ana Cláudia Germani, Paulo Rossi Menezes, Emmanuel Burdmann, Mario Ferreira Junior, Milton Arruda Martins pelo acolhimento e ensinamentos.

Aos colegas e professores do Mente Aberta que me incentivaram e me possibilitaram o aprofundamento prático e teórico do tema deste trabalho: Marcelo Demarzo, Ricardo Monezi, Márcio Sussumo Hirayama e Vinícius Terra Loyola.

Aos que de alguma forma se esforçaram para me ajudar na realização deste trabalho: Dra. Melissa Brand Faintuch, Valéria de Vilhena Lombardi, Lilian Prado, Marlene Goreti de Sales, Mariana Dionisia Garcia e Andréia Padilha.

“Hoje acordei observando minha vida em 3D. Um espaço tridimensional que contempla a altura da generosidade, a profundidade das experiências e a largura da amorosidade. Este efeito tem se dado pelo “relevo” de minha alma e particularmente pela gratidão em estar vivendo”.

Mariah Theodoro de Souza

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	JUSTIFICATIVA	11
3.	OBJETIVOS	12
	3.1 Objetivo Geral.....	12
	3.2 Objetivos Específicos	12
4.	MÉTODOS	13
	4.1 Tamanho da Amostra.....	14
	4.2 Instrumento	17
	4.3 Coleta e Tratamento de Dados	19
	4.4 Análise.....	20
5.	QUESTÕES ÉTICAS.....	21
6.	RECURSOS UTILIZADOS	22
7.	RESULTADOS	23
8.	DISCUSSÃO	41
	8.1 Limitações do estudo	55
9.	CONCLUSÃO	57
	9.1 Considerações finais	58
10.	ANEXOS.....	59
11.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

MT/MCA	Medicina Tradicional Complementar/Alternativa
<i>CMD</i>	<i>Common Mental Disorders</i>
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<i>PHMS</i>	<i>Philadelphia Mindfulness Scale</i>
EFM	Escala Filadélfia de <i>Mindfulness</i>
SAMSS	Serviço de Assistência Médica e Social ao Servidor
AMS	Atendimento Médico ao Servidor
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GHQ-12	Questionário de Saúde Geral
TMC	Transtorno Mental Comum
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>FMI</i>	<i>The Freiburg Mindfulness Inventory</i>
<i>MAAS</i>	<i>Mindfulness Attention Awareness Scale</i>
<i>KIMS</i>	<i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>
<i>MQ</i>	<i>The Mindfulness Questionnaire</i>
<i>FFMQ</i>	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
<i>TMS</i>	<i>The Toronto Mindfulness Scale</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas, HC-FMUSP, 2014	23
Tabela 2 –	Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas, HC-FMUSP, 2014	24
Tabela 3 –	Distribuição de frequência das variáveis relativas às condições de trabalho, HC-FMUSP, 2014	25
Tabela 4 –	Distribuição de frequência das variáveis relativas à situação de saúde, HC-FMUSP, 2014	27
Tabela 5 –	Distribuição de frequência das variáveis consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, HC-FMUSP, 2014	29
Tabela 6 –	Distribuição de frequência das variáveis sono, atividade física e lazer, HC-FMUSP, 2014	30
Tabela 7 –	Escore Total e dos Componentes da Escala Filadélfia de <i>Mindfulness</i> , HC-FMUSP, 2014.....	32
Tabela 8 –	Escore do Questionário de Saúde Geral GHQ-12, HC-FMUSP, 2014	32
Tabela 9 –	Análise das diferenças das médias (X) dos escores de atenção plena segundo variáveis dicotômicas (Teste t), HC-FMUSP, 2014	33
Tabela 10 –	Análise das diferenças das médias (X) dos escores de atenção plena segundo variáveis ordinais e politômicas (ANOVA), HC-FMUSP, 2014	36
Tabela 11 –	Análise das diferenças nos escores de atenção plena segundo categoria de TMC para as variáveis Profissão e Tipo de Doença Referida, HC-FMUSP, 2014	39

RESUMO

Souza MT. *A autopercepção de comportamentos relacionados à atenção plena em profissionais da saúde* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

INTRODUÇÃO: As intervenções de promoção da saúde mental avançam e atividades não medicamentosas ganham espaço. Neste sentido, estudos apontam a *atenção plena* (*mindfulness*) como estratégia integrativa para o enfrentamento do estresse e de transtornos mentais comuns, bem como para obtenção do autocuidado. *Mindfulness* é referido no contexto laico contemporâneo como um estado mental presente em todos os indivíduos em maior ou menor intensidade que pode ser cultivado diariamente através de práticas meditativas. **OBJETIVO:** Descrever o nível da autopercepção de comportamentos relacionados à *Mindfulness* em profissionais da saúde de um Hospital Terciário e analisar a associação dos níveis de *mindfulness* autopercebidos com determinados indicadores das condições de vida e saúde. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal com 97 profissionais da saúde que compõem o complexo do Hospital das Clínicas - FMUSP por via de caracterização Sociodemográfica, da Escala Filadélfia de *Mindfulness* (EFM) e de um Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire* -12). Todos os questionários foram aplicados no período de fevereiro/novembro de 2014. **RESULTADO:** Na EFM, o escore médio apresentado foi maior para o componente “Consciência” (média 29,9; desvio-padrão 0,62) do que para “Aceitação” (média 15,7; desvio-padrão 0,86), sendo a média 45,6 e desvio-padrão 1,1 para o Escore Total (componente “consciência” somada a “aceitação”); Verificou-se número significativo de indivíduos (41%) com suspeita de transtornos mentais comuns (TMC), aqueles que apresentaram um escore de três ou mais no GHQ-12. Em análise mais detalhada (Teste t e ANOVA) observou-se associações fortemente significantes ($p<0,01$) entre maiores níveis de *mindfulness* autopercebido com o gênero masculino, estado civil casado/amigado, maior satisfação no trabalho, negar uso de medicamentos, sono satisfatório, lazer frequente e ausência de TMC. Na análise da associação GHQ-12 com *Mindfulness* estratificada por profissão verificou-se escores menores no grupo das categorias “psicólogo, assistente social, profissional de educação física, biólogo, fisioterapeuta, farmacêutico e profissional administrativo” com TMC; na análise da associação GHQ-12 com *Mindfulness* estratificada por tipo de doença concluiu-se que existem diferenças significantes ($p<0,01$) no grupo das categorias “mais de uma doença, neurológica ou psiquiátrica”, das quais o escore “Total” e “Aceitação” foram menores para quem apresenta TMC. A presença de TMC (referido pelo GHQ-12) está associada a menores escores de *Mindfulness*, indicando uma possível correlação negativa que se deve ao domínio de “Aceitação” **CONCLUSÃO:** Os níveis de comportamentos autopercebidos à *atenção plena* apontaram associações significantes com uma variedade de indicadores das condições de vida e saúde nos profissionais de saúde. Sugerindo assim, uma mesma direção de evidências científicas recentes de que *mindfulness* pode fazer parte de fatores de proteção à saúde favorecendo também o autocuidado e a qualidade de vida.

Descritores: promoção da saúde; saúde mental; atenção plena; estresse psicológico; transtornos mentais; meditação; centros de atenção terciária; condições sociais; nível de saúde; indicadores básicos de saúde; pessoal de saúde; questionários; estudos transversais.

ABSTRACT

Souza MT. *The self-perception of mindfulness-related behaviors in health care workers* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

INTRODUCTION: The Mental Health Promotion interventions advance and non-drug activities gain ground. In this case, studies show meditation as an opportunity to cope with stress and the common mental disorders, as well as to obtain self-care. Mindfulness is referred in contemporary laic context as a present mental state in all individuals in greater or lesser degree which can be daily cultivated through meditative practices. **OBJECTIVE:** This study aimed to describe the self-perceived level of Mindfulness-related behaviors in health care professionals of a tertiary care hospital as well as to analyze the association of self-perceived mindfulness levels with certain indicators of living conditions and health. **METHOD:** A cross-sectional study is proposed with 97 health professionals who make up the University Hospital complex - FMUSP via Socio Demographic characterization, a study of the Philadelphia *Mindfulness* Scale (PMS) and a Questionnaire of General Health (General Health Questionnaire -12). All interviews were conducted between February and November/2014. **RESULT:** In PMS, the average score was higher for the component "awareness" (mean 29.9, SD 0.62) than for "acceptance" (mean 15.7, SD 0.86), with an average 45.6 and SD 1.1 for the Total Score (component "awareness" added to "acceptance"); There was a significant number of individuals (41%) with suspected common mental disorders (CMD), those with a score of three or higher in the GHQ-12. In a more detailed analysis (T-Test and ANOVA) it was observed strongly significant associations ($p < 0.01$) with higher levels of self-perceived mindfulness in the masculine gender, married / living together unmarried, greater job satisfaction, not in use of medicinal drugs, satisfactory sleep, frequent leisure and no presence of CMD. In the analysis of the GHQ-12 association with *Mindfulness* stratified by profession it was observed that the scores were lower for the group of the categories "psychologist, social worker, physical education professional, biologist, physiotherapist, pharmacist and administrative professional" with CMD; in the analysis of the GHQ-12 association with *Mindfulness* stratified by disease type the results showed that there are significant differences ($p < 0.01$) for the group of the categories "more than one disease, either neurological or psychiatric", of which the score "Total" and "Acceptance" were lower for those who had CMD. The presence of CMD (referred by the GHQ-12) is associated with lower scores of *Mindfulness*, indicating a possible negative correlation due to the domain of "Acceptance". **CONCLUSION:** The levels of self-perceived behaviors to *mindfulness* showed significant associations with a variety of indicators of living conditions and health among health care professionals. Suggesting, thus, the same direction of recent scientific evidences that *mindfulness* may be part of health protective factors also favoring self-care and quality of life.

Descriptors: health promotion; mental health; mindfulness; stress, psychological; mental disorders; meditation; tertiary care centers; social conditions; health status; health status indicators; health personnel; questionnaires; cross-sectional studies.

1. INTRODUÇÃO

A etimologia da palavra “*Mindfulness*” advém da palavra *sati* – que significa “recordar-se continuamente do objeto de atenção”, uma constante presença da mente -, proveniente da linguagem Páli, idioma de origem budista, o qual era utilizado para os ensinamentos de Sidarta Gautama, o Buda. Suas práticas foram evidenciadas historicamente nas tradições orientais (principalmente no budismo), perpassando por diferentes outras tradições filosóficas, religiosas, culturais e médicas ocupando-se de um contexto laico (Hirayama, 2014).

Não existe um consenso para a tradução da palavra em português. Uma de suas traduções é “atenção plena”. Do mesmo modo, ainda não existe consenso para a operacionalização do tema (Chiesa, 2012). A palavra *mindfulness* (atenção plena) pode ser utilizada para designar tanto um processo psicológico, um traço inerente ao indivíduo que pode ser mutável, um comportamento ou um conjunto de técnicas e práticas de cultivo meditativo (de atenção plena) que corroboram a um estado mental “*mindful*” (Keng, Smoski & Robins, 2011; Loyola, 2015).

O conceito clássico de *mindfulness*, na literatura da psicologia atual, se distancia de qualquer crivo de juízo reflexivo, como crenças e narrativas. Prioriza os aspectos atencionais e de vigília da experiência que está ocorrendo no presente, de forma intencional e sem julgamento (Kabat-Zinn, 1990).

Mindfulness não significa meditação e não consiste em deixar a mente em branco ou em suprimir emoções de forma voluntária. *Mindfulness* é referido a um estado mental presente em todos os indivíduos em maior ou menor intensidade que pode ser cultivado diariamente através de práticas meditativas. Contudo, nem todas as práticas meditativas estão associadas ao desenvolvimento da atenção plena (Campayo & Demarzo, 2015).

Desta forma, a atenção plena pode ser definida como uma prática integrativa que consiste no direcionamento da atenção do indivíduo de forma intencional ao momento presente, com uma atitude de abertura, curiosidade e aceitação. De modo, que o indivíduo mantenha-se concentrado na experiência imediata, favorecendo assim o reconhecimento da realidade experienciada (Bishop, 2004; Demarzo, 2011).

A “concentração no momento presente” refere-se a estar em contato com o presente sem estar preso a lembranças do passado ou a pensamentos sobre o futuro. O termo “intencional” designa a escolha do praticante de *mindfulness* em estar plenamente atento e disposto para atingir este objetivo. “O não julgamento” representa a aceitação dos sentimentos, pensamentos e emoções como legítimos, vivenciando seus conteúdos da maneira em que são apresentados. Sem caracterizá-los como positivos ou negativos, suspendendo qualquer racionalização pelas quais as pessoas costumam investir automaticamente na luta contra experiências aversivas (Vandenberghe & Sousa, 2006).

O cultivo e a manutenção da atenção de forma intencional no momento presente desenvolve um estado de concentração mais refinado que pode favorecer a observação de estímulos que servem como gatilhos de comportamentos adaptativos e mal adaptativos. Isso permite aos que cultivam a prática um melhor manejo de seus próprios comportamentos, de forma a possibilitar o indivíduo a manter ou aumentar comportamentos adaptativos e diminuir padrões de comportamentos mal-adaptativos (Rapgay & Bystryksy, 2009; Barros, 2013).

É sabido que existe dor na existência de todo ser humano e que cada indivíduo irá experimentá-la em alguns momentos. Uma quantidade maior de sofrimento estará ligada as expectativas do indivíduo sobre o mundo e por sua tentativa de resistir e tentar controlar a realidade. Desta forma, a aceitação em *mindfulness* consiste em admitir que o sofrimento faz parte da vida e tolerar da melhor maneira possível um problema, agindo ativa e efetivamente no que possa ser útil. O indivíduo se torna mais desperto e consciente sobre o controle real que se tem sobre uma dificuldade e não a confronta irracionalmente ou se resigna a ela. Aceitar é o único modo de converter o sofrimento insuportável em uma dor passível de ser tolerada (Campayo & Demarzo, 2015; Penman & Williams, 2015).

OCIDENTALIZAÇÃO DO TEMA E EVIDÊNCIAS CIÊNTÍFICAS

A expansão de *Mindfulness* para ciência se deu no século XX - através das práticas clínicas comportamentais e de estudos com base em evidências-, por produzir efeitos positivos psicológicos, bem estar e por melhorar sintomas de várias enfermidades dos indivíduos (Holzel et al., 2011).

Foi Jon Kabat-Zinn o precursor pela ocidentalização do tema. Desenvolveu o “Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*” (MBSR) para o manejo da dor crônica e doenças relacionadas ao estresse. Fundou o Centro de *Mindfulness* da Universidade de Massachussetts nos EUA em 1979 (Kabat-Zinn, 1990; Campayo & Demarzo, 2015).

Na década de oitenta, outros programas com aplicações de Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (MBI) começaram a ser explorados adquirindo identidade nas psicoterapias comportamentais e cognitivas (*Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR*; *Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT*; *Mindfulness-Based Relapse Prevention – MBRP*). Mais tarde, nos anos 90, foi inserida dentro das terapias de “Terceira Geração” (*Dialectical and Behavior Therapy – DBT*, Acceptance and Commitment Therapy - *ACT*), se tornando uma característica central dessas (Baer, 2003; Dryden & Still, 2006; Silveira et al, 2012).

O *MBTC* foi desenvolvido com a integração de práticas formais de meditação e estratégias tradicionais da terapia cognitiva para prevenção de recaída de depressão recorrente (Segal, Williams & Teasdale, 2002). O *MBRP* baseou-se no modelo *MBTC*, mas foi desenvolvido para auxiliar pacientes dependentes de substâncias que estejam tentando não fazer uso (Marlatt & Donovan, 2009).

O programa DBT incluiu procedimentos cognitivos comportamentais e habilidades de *mindfulness* para o treino de habilidades sociais do transtorno *borderline* (Linehan, 1993). A *ACT* encoraja os indivíduos que buscam a terapia para experienciarem pensamento e emoções, mesmo que desagráveis, conforme eles vão surgindo sem que tentem julgar, avaliar, mudar ou evitá-los (Wilson, 2010). Tanto na *DBT* como na *ACT* habilidades de *mindfulness* são ensinadas, mas sem um foco formal na prática meditativa, diferentemente dos programas descritos anteriormente.

SAÚDE, CIÊNCIA E *MINDFULNESS*

As evidências e teorias atuais de *mindfulness* explicam sua eficácia através de mecanismos como o aumento da consciência corporal, o aumento da atenção, a regulação das emoções e mudanças na perspectiva subjetiva do indivíduo (Campayo & Demarzo, 2015).

Os efeitos de *mindfulness* possuem uma repercussão importante na saúde dos indivíduos, porque além de manter uma atitude correta de desapego proporciona benefícios objetivos no tratamento de: doenças fisiológicas ou psiquiátricas e na prevenção de estresse, mal estar psicológico e no desenvolvimento do bem estar psicológico, no aumento da capacidade de concentração e no rendimento das tarefas, aprimoramento das relações interpessoais e maior empatia, diminuição de estresse referente ao trabalho e riscos psicossociais, aumento da satisfação no trabalho e melhora do ambiente laboral (Campayo & Demarzo, 2015; Penman & Williams, 2015).

Em meio uma sociedade pós-moderna, nas áreas urbanas principalmente, exigências e necessidades diárias fazem com que possamos agir de modo a nos denotarmos eficientes e objetivos. Porém, nem sempre a eficiência e a objetividade estão relacionadas com a capacidade de estarmos atentos ao que de fato é relevante no momento presente. Agimos em parte das vezes, sem estarmos envolvidos emocionalmente com nossas ações para dinamizarmos melhor o tempo e atingirmos as metas propostas. Ficamos em outras vezes, presos a pensamentos voltados ao passado ou ao futuro, impedindo nosso contato direto com o momento atual, vivendo em modo “piloto automático” (Hayes, 2004).

Isto ocorre porque o contato com aspectos importantes do dia a dia podem ser dolorosos ou incômodos. Colocar-se em contato com pensamentos e emoções (processos mentais) podem gerar sensações de insegurança, tristeza e até mesmo incapacidade para enfrentar dificuldades. Mas, não lidar diretamente com essas sensações naturais da vida pode perpetuar no aumento do estresse físico e mental, bem como o adoecimento do indivíduo. Assim, estar sob comando do “piloto automático” é estar limitado a reagir ao ambiente de forma flexível e adaptativa, o que pode ser negativo na maior parte do tempo (Kabat-Zin, 1990), a não ser numa situação imediata de fuga ou esquiva, por exemplo,

como no caso de levantar as mãos para se proteger de um objeto que está prestes a cair sobre você (uma resposta imediata diante de algo inesperado que demandava uma ação de reflexo).

Mindfulness permite uma redução da vulnerabilidade desses processos mentais que levam ao adoecer. Em um estado de atenção plena os pensamentos e os sentimentos são observados como eventos da mente, sem que ocorra qualquer julgamento, identificação ou reação automática com eles. Torna-se possível um espaço de observação e de separação dos pensamentos e das ações (Bishop, 2004). Em outras palavras, quando eu passo a agir de forma *mindful* eu passo a aceitar e a permitir as experiências que a vida nos oferece diariamente, sem tentar resistir, julgar ou mudá-la. Este “modo de ser” *mindful* pode ser alcançado de forma voluntária com o tempo e com a prática de atenção plena, alterando a perspectiva de como nos relacionamos com o mundo ao redor e internamente.

A atenção plena auxilia as pessoas a responder de forma mais eficaz durante um processo de mudança comportamental. Desde mudanças rotineiras de hábitos de saúde (que envolve contingências de reforço individual, social e ambiental), até para atitudes mais compassivas consigo próprio durante o processo, como na persistência e manutenção do autocuidado. O estado de *mindfulness* também pode ajudar o indivíduo a ser menos reativo a pensamentos negativos e emoções que aparecem quando buscam se envolver com comportamentos mais saudáveis (Gilbert & Waltz, 2010).

A mente humana esta sempre trabalhando. Mesmo que se deseje focar em algo em poucos segundos o divagar mental, o diálogo interno começa, pensamentos intrusivos aparecem - processo mental chamado de *Default Mode Network* (rede neural de modo padrão) - e com tudo isso o cérebro passa a consumir de 20 a 25% do oxigênio, da glicose e do fluxo sanguíneo corporal. Entretanto, esse processo não ocorre com meditantes que aderem as práticas meditativas para a vida, ou seja, o disparo do discurso interno não acontece mesmo que não estejam fazendo alguma coisa. Isso porque espontaneamente a mente focaliza-se em sensações corporais e sensórias, mas não em verbalizações internas (Brewer et al, 2011; Hanson, 2012).

A prática *mindfulness* permite uma avaliação metacognitiva: livre de julgamentos ou preconceitos e atenta percepção, cognição e emoção, podendo moderar os conteúdos mentais angustiantes mediante o descentramento - a ausência de apego aos nossos pensamentos e emoções. Isso permite o desembaraçar do indivíduo sobre identificações resignantes que tem sobre o ambiente, sobre sua história e autoimagem proporcionando maior flexibilidade cognitiva (Campayo & Demarzo, 2015).

Através do aprendizado da prática meditativa *mindfulness*, este estado pode ser cultivado por qualquer pessoa e produzir mudanças importantes, constatados em níveis psicológicos e de neuroimagem. *Mindfulness* é eficaz na promoção do bem estar psicológico de indivíduos saudáveis como também no tratamento de distúrbios psiquiátricos, transtornos alimentares e somáticos. Em alguns casos específicos, algumas alterações precisam ser feita na técnica aplicada (Hölzel et al, 2011; Aucoin et al, 2014; Marchand, 2014; Nyklíček et al, 2014).

O processo da prática formal de *mindfulness* inclui quatro fases: a identificação do objeto de atenção, a divagação mental, percepção de que perdemos o objeto atencional e o retorno suave ao ponto de atenção. Este movimento de perceber que perdemos a ancoragem é o momento *mindful* mais importante.

A estruturação de *mindfulness* em sua essência baseia-se em uma série de práticas formais composta pela prática: “A uva passa” (prática explicativa experiencial do tema), “*Mindfulness* na respiração” (mais conhecida e praticada), “*Body Scan*” (escaneamento corporal, como ancora as sensações corporais de cada parte do corpo), “*Mindfulness* caminhando” (prática diária e simples, ancorada no caminhar), “*Mindfulness* nos movimentos corporais” (utiliza-se de posturas específicas como ancora de uma observação consciente do momento presente) e “Prática dos três minutos”, a mais curta e adequada para se adotar regularmente (Campayo & Demarzo, 2015; Penman & Williams, 2015).

Contudo, apesar de *mindfulness* ter sua eficácia comprovada é importante considerar que não pode ser visto como uma panaceia, a ponto de ser eficaz para todas as doenças ou substituir outros tratamentos psicológicos ou farmacológicos. Algumas resistências também podem ser observadas e servir de obstáculo para sua regularidade: dor, inquietação,

irritabilidade, tédio, sono, medo, excesso de zelo ou rejeição a meditação. Porém, mantendo-se na prática e observando as sensações bem de perto, como se mergulhasse nelas, elas começam a ser diluídas, pois não são permanentes. Uma boa prática não implicará na ausência de pensamentos e sensações e sim na capacidade de observação de nossas experiências corporais ou mentais com aceitação e curiosidade genuína.

MINDFULNESS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A medicina tradicional complementar/alternativa (MT/MCA), de acordo com o Departamento de Atenção Básica brasileiro, faz parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) voltadas para promoção da saúde no ambiente do Sistema Único de Saúde. Esta prática integrativa e complementar integra e adapta as intervenções baseadas em *mindfulness* como algum de seus recursos que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde de forma segura e eficaz (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php; Demarzo, 2010).

Embora pouco exploradas, as PICS têm contribuído para a promoção da saúde no cenário público nacional. Essas práticas ocupam um espaço importante na área da saúde de países mais pobres ultrapassando o ambiente familiar. Nos países mais ricos e desenvolvidos a procura pela medicina alternativa complementar tem crescido, tanto em termos de aprimoramento profissional, como em indicações dos profissionais para o cuidado da saúde do paciente, e também na área de pesquisa. Seu reconhecimento pela sociedade formal, pela população e em parte da ciência biomédica, ocorreu devido sua capacidade de estimular o reequilíbrio e a cura do paciente, perseverando a proximidade da relação “curador-doente” (Tesser, 2009).

Tendo em vista que as intervenções de promoção da saúde mental avançam e atividades não medicamentosas ganham espaço, as intervenções de atenção plena apontam como outras oportunidades em termos de enfrentamento do estresse e maior qualidade de vida. Estas intervenções podem não apenas auxiliar na rotina dos pacientes do Sistema Único de Saúde como práticas integrativas e complementares, mas adicionalmente, à rotina dos profissionais da saúde, já que evidências científicas indicam o quanto o autocuidado

também é preditor no efeito do trabalho que será realizado na área profissional (Arenas-Monreal et. al., 2004; Medeiros, Pulido, 2011; Rocha Junior et al., 2011).

A promoção da saúde compreende a saúde como um conjunto de fatores voltados ao coletivo – ambiente físico, social, cultural, econômico- que se dão através de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, de políticas públicas e do reforço da capacidade da população quanto indivíduo e comunidade (Ayres, 2004; Lages, 2007). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde não é apenas a ausência de doença, mas “o estado de bem estar físico, psicológico, social e espiritual” (www.ufmg.br/boletim/bol1551/segunda.shtml).

Assim, permite-se entender que promover saúde vai para além de prolongar a vida e prevenir doenças, assegurando também situações e recursos que ampliem o experienciar da qualidade de vida. Favorecendo desta forma, o diálogo entre profissional e o usuário acerca dos saberes da construção dos processos de saúde (Alves, 2005).

Os profissionais da saúde enfrentam demandas que incluem um alto número de casos desgastantes e pesados, um controle limitado sobre o ambiente de trabalho, longas horas de dedicação e muitas vezes lida com sistemas e estruturas organizacionais em transição. Essas condições estão diretamente associadas com o aumento do estresse e sintomas de *burnout*, que por sua vez, geram consequências adversas para esses profissionais e para a qualidade dos atendimentos prestados aos pacientes. Segundo evidências, quando estado de *mindfulness* é cultivado melhor os benefícios acerca da saúde mental e física dessa população (Irving et al, 2009).

Como forma de impulsionar o desenvolvimento de competências de autocuidado e bem estar dos profissionais da saúde, a atenção plena passa ser objeto de estudo, tanto como estratégia de intervenção, como medidas psicométricas que mensuram o nível de *mindfulness* dos profissionais para analisar o impacto das possíveis relações e diferenças com determinantes de vida e de saúde.

As atitudes de autocuidado referem-se ao modo como cada indivíduo se percebe, se faz presente no mundo, se relaciona consigo e com o próximo, como age consigo próprio,

sua capacidade de modificar-se e transformar-se. Em outras palavras, o autocuidado está vinculado tanto com o exercício político de o indivíduo encarar a vida e estar no mundo e refletir sobre seu modo de ser e agir, como com a dimensão da saúde e da ética do saber que conferem aspectos do viver saudável dentro da condição de cada ser (Bub et al, 2006).

Por fim, na área da saúde o autocuidado estende-se para ações voluntárias, responsáveis e intencionais ao cuidado de si. É o conhecer dos recursos mais básicos e saber como acessá-los. Ser mais consciente em suas decisões e ações, bem como nas práticas que possibilitem o bem estar, a vida e a saúde (Lages, 2007).

ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE *MINDFULNESS*

Mindfulness vem sendo também discutida e sistematizada na proposição de escalas para ser reproduzida em pesquisas científicas baseadas em evidências (Silveira et. al., 2012). Considerada a importância de novas intervenções para promoção da saúde, a versão brasileira validada da *Philadelphia Mindfulness Scale* (Cardaciotto & cols., 2008) é apresentada com o intuito de esclarecer a posição de *mindfulness* enquanto um processo psicológico passível de mensuração.

Instrumentos de quantificação de *mindfulness* são essenciais para que a pesquisa dentro desta área de conhecimento avance. Assim, é possível averiguar quais dos elementos que compreendemos como *mindfulness* fazem de fato efeito dentro desta terapêutica (Baer et al., 2008). Permite averiguar se os indivíduos se tornam realmente mais conscientes ao longo do tempo, analisar os níveis de comportamentos relacionados à *mindfulness* numa determinada população e se essas mudanças têm efeitos na saúde psicológica dos indivíduos.

Apesar de haver vários questionários de *mindfulness*, não existe um consenso definido sobre o que é *mindfulness* e de como mensurá-lo. Cada escala se baseia num constructo diferente, seja por diferenças de entendimentos e significados, prática pessoal, compreensão semântica, que aponta dimensões que levam a *mindfulness* (Loyola, 2015).

Entre as escalas psicométricas de *mindfulness* estão: *The Freiburg Mindfulness Inventory – FMI* (Buchheld et al, 2001); *Mindfulness Attention Awareness Scale - MAAS* (Brown & Ryan, 2003); *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills -KIMS* (Baer et al, 2004); *Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised* (Feldma et al, 2007); *The Mindfulness Questionnaire - MQ* (Chadwick et al., 2008); *Five Facet Mindfulness Questionnaire - FFMQ* (Baer et al, 2006); *The Toronto Mindfulness Scale -TMS* (Lau et al., 2006); *Philadelphia Mindfulness Scal – PHMS* (Cardaciotto et al, 2008); *Southampton Mindfulness Scale* (Chadwick et al., 2008); *Langer Mindfulness/Mindlessness Scale* (Haigh et al, 2011); *Effects of Meditation Scale* (Reavley & Pallant, 2009); *Developmental Mindfulness Survey* (Solloway & Fisher, 2007).

2. JUSTIFICATIVA

Através deste trabalho torna-se possível investigar e descrever o nível de comportamentos autopercebidos de *mindfulness* em uma população específica de um Hospital Terciário renomado brasileiro, de forma a contribuir com o conhecimento e ampliação do tema na área da promoção da saúde.

Este estudo exploratório oferece ampliar a noção de possíveis impactos dos níveis de *mindfulness* enquanto um conceito crescente de interesse político e social em relação a condutores de vida e de saúde, que estão fortemente relacionadas ao autocuidado dos profissionais da saúde, bem como ao amparo da saúde dos pacientes.

O cenário do mundo atual implica em mudanças diárias, pressões e adaptações que contribuem ao estresse, a depressão, a ansiedade, degradando a saúde mental e física, levando o indivíduo ao adoecimento. Assim, é possível que *mindfulness* tenha potencial de integração às terapias atuais, também dentro do contexto hospitalar e de atenção primária, por ser uma estratégia complementar para o bem estar e qualidade de vida do indivíduo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Descrever o nível da autopercepção de comportamentos relacionados à *Mindfulness* em funcionários de um Hospital Terciário.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever o nível e o perfil de “Consciência ou *Awareness*” (monitoramento da experiência interna e externa do indivíduo no momento em que elas ocorrem) e “Aceitação” (atitude de não julgamento, abertura e compaixão relacionada à experiência momentânea) - comportamentos relacionados à *mindfulness* - de profissionais da saúde, com grau de escolaridade superior completo do HC-FMUSP.
- Analisar a associação dos níveis de *Mindfulness* com determinados indicadores das condições de vida e saúde nos profissionais de saúde.

4. MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal com profissionais da saúde que frequentam e compõem o Serviço de Assistência Médica ao Servidor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC – FMUSP), pelos profissionais da saúde que trabalham no Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e por outros treze profissionais da saúde de diferentes setores que compõe o complexo do HC- FMUSP.

Criado em 1943, o Hospital das Clínicas – FMUSP é atualmente entidade autárquica do Governo do Estado de São Paulo e é constituído por seis institutos: Instituto Central, Instituto do Coração, Instituto da Criança, Instituto de Ortopedia, Instituto de Psiquiatria e Instituto de Radiologia.

O Serviço de Assistência Médica e Social ao Servidor (SAMSS) é um serviço previsto no Regulamento do HC pelo Decreto nº 33.360 de 08 de agosto de 1958, vinculado ao Gabinete da Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Este serviço oferece atividades de Atenção Primária (Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças) e de Atenção Secundária (Assistência Médica e de Enfermagem), além de estimular a melhoria da qualidade de vida aos servidores.

Destinada a cuidar do cuidador desde 2006, o SAMSS compreende duas unidades: o Atendimento Médico ao Servidor (AMS) e o Serviço Especializado em Engenharia de

Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). O AMS é destinado a funcionários ativos do Hospital das Clínicas-FMUSP, da Faculdade de Medicina da USP, da Fundação Zerbini, médicos residentes, alunos do HC-FMUSP, menores aprendizes e aprimorandos, contemplando aproximadamente 27.000 vidas. O SESMT tem como missão desenvolver ações que promovam a aptidão ao trabalho, a plena integridade física e mental dos servidores e minimizem riscos ambientais, contribuindo para cultura prevencionista e melhor qualidade de vida.

O Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP é realizado no Departamento de Clínica Médica, localizado no Instituto Central do HCFM-USP. Este departamento visa ser centro de liderança nacional em ensino, pesquisa, extensão profissional e de assistência em Clínica Médica. Busca, desta forma, integrar as diferentes áreas da Clínica Médica em contínua troca de conhecimentos entre a clínica geral e as clínicas de especialidades.

4.1 Tamanho da Amostra

A população estudada para a análise descritiva foi orientada por facilidades operacionais (amostra de conveniência) e constituída inicialmente pelos profissionais do Serviço de Assistência Médica e Social ao Servidor, por profissionais de todo complexo do HC-FMUSP que passaram por consulta no SAMSS, depois pelos profissionais que trabalham no Serviço de Clínica Médica e para completar a amostra foram incluídos por disponibilidade e acessibilidade treze profissionais da saúde do HC. A equipe do SAMSS e do Ambulatório de Clínica Médica Geral são formadas por médicos, psicólogos, nutricionistas, auxiliares técnicos de enfermagem, assistentes sociais, biólogos,

farmacêuticos e setor administrativo. Os treze profissionais que completaram a amostra eram todos médicos (este fato deveu-se a falta de profissionais disponíveis nos outros dois setores descritos para completude da amostra, assim buscou-se outros profissionais da saúde do complexo HC para que a amostra fosse concluída com êxito).

Foram elegíveis os profissionais com vínculo empregatício e com nível de formação superior completo. Os indivíduos afastados ou de licença não foram incluídos. Com o intuito de calcular o tamanho da amostra, procurou-se através dos dados obtidos no estudo “Adaptação e validação da Escala Filadélfia de *Mindfulness* para adultos brasileiros” (Silveira et al., 2012), apoiar-se numa escala de conveniência entre aqueles que passaram pelo Atendimento Médico ao Servidor e que constaram no Cadastro Corporativo do AMS como profissionais da saúde do complexo do HC-FMUSP durante um período pré-determinado, como também, com os próprios profissionais da saúde que atenderam nos setores do SAMSS, no Serviço de Clínica Médica e em outros setores do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Pretendeu-se através de uma coleta piloto com 50 funcionários do Serviço de Assistência Médica e Social ao Servidor para verificar se a variável “pontuação” da Escala Filadélfia de *Mindfulness* seria compatível com a distribuição normal. Os dados analisados no estudo piloto foram compatíveis com a distribuição normal. Para isso, foi aplicado o teste para normalidade STATA-10 ® (Shapiro-Wilk, 1985-2011) e tais resultados foram demonstrados: Prob = 0,80715, portanto maior que 0,05 então esta distribuição não é significativamente diferente da normal. Esta distribuição apresentou Média (X) de 56,04, Desvio-padrão (S) de 1,415356 e assumiu-se um erro de 0,465.

Desta forma, para o cálculo do tamanho de amostra final foi utilizada a Equação 1 abaixo:

$$n = \left[\frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})\sigma}{\mu_A - \mu_B} \right]^2 \quad (1)$$

onde:

- n = Tamanho da amostra;
- α = Nível de significância adotado;
- $1-\beta$ = Poder do teste;
- σ = Desvio padrão;
- $Z_{1-\alpha}$ = Valor de z correspondente a $1-\alpha$ na distribuição normal;
- $Z_{1-\beta}$ = Valor de z correspondente a $1-\beta$ na distribuição normal;
- $\mu_A - \mu_B = 0,465$

A Equação 1 foi desenvolvida por Pagano & Gauvreau (1993) e designada para calcular amostras simples e que assumem a curva de distribuição normal. O software utilizado para a seleção da amostra final foi o STATA-10 ®. O número amostral calculado foi $n=97$ (Erro assumido 0,465; Média 56,04 e Desvio Padrão 1,41).

Caso a variável “pontuação *Mindfulness*” apresentasse uma distribuição não-paramétrica, os pesquisadores empreenderiam um esforço de coleta equivalente ao máximo de sua capacidade operacional, consideradas as condições de acesso aos indivíduos elegíveis para a amostra.

4.2. Instrumento

Neste trabalho pretendeu-se utilizar um questionário com bloco de informações sociodemográficas que identifica o sexo, a idade, a profissão, o grau de escolaridade, o trabalho, a unidade federativa de residência do respondente, condições socioeconômicas, condições familiares, lazer, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, sono, atividade física (Anexo 2). Outro bloco apresentado foi composto pela Escala Filadélfia de *Mindfulness* (Anexo 3) e o último bloco pelo Questionário de Saúde Geral, o GHQ-12 (Anexo 4).

O questionário que compôs o primeiro bloco de perguntas foi elaborado primeiramente a partir de modelos de questionários voltados para área da saúde, com perguntas estruturadas que buscavam informações sociodemográficas e socioeconômicas, hábitos de vida, saúde e trabalho. Num segundo momento, outras variáveis deste questionário foram elaboradas e incluídas em conjunto com especialistas da área de pesquisa em saúde. E por fim, o questionário foi revisado e previamente aplicado em outros profissionais pesquisadores acadêmicos para assegurar sua compreensão e funcionalidade para este trabalho.

A *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHMS) é uma escala de autorrelato recente utilizada para mensurar *mindfulness* enquanto um processo contínuo de monitoramento de experiência individual, sem conteúdo de julgamento. Os autores Cardaciotto e cols. (2008) consideraram para *PHMS* a proposição de duas dimensões colocadas por Bishop e cols. (2004) – a atenção para o momento presente; e a atitude de abertura, curiosidade e aceitação-, por serem partes de um constructo que sugere uma definição operacional de *Mindfulness* (Silveira et al., 2012).

A Escala Filadélfia de *Mindfulness* (EFM) é um instrumento validado para o português a partir da *PHMS*, semelhante ao original, que visa mensurar *mindfulness* de forma acessível para adultos. É dirigida para grupos grandes de amostra e não apenas para indivíduos com experiência em prática meditativa. De acordo com suas evidências de validade e confiabilidade recomenda-se seu uso para populações brasileiras específicas que tenham escolaridade mínima de nível fundamental ou médio (Silveira et al., 2012).

Este instrumento (EFM) se apoia em dois componentes ou dimensões que sugerem a operacionalização do conceito de *mindfulness*: *Awareness* ou Consciência referida mais precisamente “a consciência/atenção voltada ao momento presente”, ou seja, ao monitoramento da experiência interna ou externa do indivíduo no momento em que elas ocorrem; e Aceitação referida como a atitude de não julgamento, de abertura e compaixão relacionada à experiência presente (Bishop et al, 2004; Cardaccioto e cols, 2008; Silveira et. al., 2012).

A EFM solicita que os participantes indiquem o quanto se identifica com as afirmações constantes nos itens utilizando uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, em que “0” representa “nada característico” e “4” “extremamente característico”. É formada por 20 itens com duas subescalas, composta por um número bem distribuído de itens, sendo 10 para o componente “Aceitação” (itens pares) e 10 para “Consciência / *Awareness*” (itens ímpares). O tempo médio para respondê-lo é de aproximadamente 15 minutos.

Para maior complementariedade do trabalho foi inserido o Questionário de Saúde Geral (Lopes et. al., 2003), validado para o português e amplamente utilizado na área de saúde coletiva. Este questionário é um instrumento de rastreamento para transtornos

psiquiátricos menores - transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, queixas somáticas que produzem incapacidade funcional das pessoas) -, no período de duas semanas anteriores ao preenchimento. É autoaplicável, numa versão mais curta que mensura o bem estar psicológico sem comprometer a confiabilidade. O ponto de corte estabelecido é “0” ausência de transtorno mental comum (TCM) e para “1” TCM presente. Desta forma, para quem autopreencher três pontos ou mais caracterizará a presença de TMC.

4.3. Coleta e Tratamento dos Dados

Os dados foram coletados por intermédio de questionários autoaplicáveis: todos os questionários impressos. Os dados foram digitalizados com a utilização do EpiData para construção de banco de dados e em seguida, os dados foram analisados no Stata.

De acordo com a validação da Escala Filadélfia de *Mindfulness* para o português, os resultados dos itens de cada subescala (“aceitação” mais “consciência ou *awareness*”) devem ser somados. Lembrando que a dimensão Aceitação tem os itens "invertidos", ou seja, como a pontuação Likert vai de “0” até “4”, para a subescala “aceitação” o “0” significa “4”, “1” significa “3”, “2” significa “2”, “3” significa “1”, “4” significa “0”. Os autores utilizam essa técnica para que ocorra maior controle das respostas dadas pelos participantes que costumam marcar aleatoriamente uma resposta ou uma mesma coluna para todas as questões.

Para os itens que não foram assinalados o valor agregado à soma total foi zero, para os itens “consciência” (*awareness*) que foram assinalados mais de uma resposta na mesma

sentença incluiu-se na soma o menor número e para os itens “aceitação” considerou-se no caso de mais de uma resposta assinalada na mesma sentença o maior número, já que esta subescala representa os itens invertidos.

Assim como em algumas escalas de consciência e autopercepção em psicologia - Escala de Autoconsciência (Teixeira e Gomes, 1995) e Escala Ruminação e Reflexão (Zanon e Teixeira, 2006) - não há pontos-de-corte estabelecidos. O uso apropriado dessa escala é como medida contínua.

4.4. Análise

Foi realizada uma análise descritiva da distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis pesquisadas.

Na análise de associações e diferenças do escore Filadélfia de *Mindfulness* segundo demais variáveis pesquisadas, foi utilizado o Teste t de Student para quando houvesse apenas duas categorias em estudo, e a ANOVA quando houvesse mais de duas categorias em estudo. Foi realizada por fim, a análise da associação de GHQ-12 com *Mindfulness* estratificada: por profissão (médicos, outros profissionais; profissionais assistenciais, administrativos); e por tipo de doença referida (neurológica / psiquiátricas, outras).

5. QUESTÕES ÉTICAS

Foi solicitado ao participante no momento em que se dispôs a participar da pesquisa, antes mesmo de responder a escala EFM de autorrelato, assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). O TCLE é um documento que informou e esclareceu o sujeito da pesquisa de forma didática e resumida as informações mais importantes do protocolo de pesquisa. Desta forma, ele pôde tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação neste estudo. É uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto ambos estarem assumindo responsabilidades.

Pode ser que colaboradores desta pesquisa tenham sentido algum desconforto ou constrangimento por inferirem um caráter avaliativo no questionário, porém, a metodologia utilizada neste estudo não apresentou qualquer implicação que trouxesse risco aos sujeitos de pesquisa e nenhum desconforto foi relatado.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética antes da aplicação dos questionários terem sido feita.

6. RECURSOS UTILIZADOS

Esta pesquisa foi realizada com os recursos dos próprios pesquisadores e com os recursos já existentes no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, a saber, microcomputadores, softwares para edição de texto e análises estatísticas, entre outros.

7. RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas, HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	74	76,3
	Masculino	23	23,7
Idade (Anos)	24 – 29	24	25,0
	30 – 39	38	39,6
	40 – 49	13	13,5
	50 ou mais	22	21,9
Estado Civil	Solteiro/Desquitado/Viúvo	36	37,1
	Casado/União Informal	61	62,9
Estado de Nascimento	São Paulo	77	79,4
	Outros	20	20,6
Com quem vive?	Sozinho	13	13,3
	Com um ou mais	84	86,7
Filhos	Sim	34	35,0
	Não	63	65,0

De acordo com a apresentação da tabela 1, é possível observar o predomínio de indivíduos do sexo feminino; indivíduos entre trinta e trinta e nove anos, casados ou amigados, nascidos no estado de São Paulo, que não moram sozinhos e não tem filhos.

Tabela 2 – Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas, HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Responsável pelas Despesas	Entrevistado	31	32,0
	Outra Pessoa	12	12,4
	Todos da Casa	19	50,5
	Não Informou	5	5,1
Renda Mensal (Reais)	Até 3500	33	34,0
	3500 – 5000	29	30,0
	Mais de 5000	35	36,0
Fonte de Renda	HC-FMUSP	59	60,8
	Outros	20	20,6
	Mais de um Emprego	18	18,6
Recebe Benefício Adicional Financeiro?	Sim	18	18,6
	Não	79	81,4

A tabela 2 mostra que entre a maioria dos indivíduos as despesas de casa são divididas entre os habitantes do mesmo lar. Em relação à renda financeira, observa-se uma distribuição mais homogênea entre as faixas de salário, sendo a maior proporção proveniente do HC-FMUSP e sem benefícios financeiros adicionais.

Tabela 3 – Distribuição de frequência das variáveis relativas às condições de trabalho, HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Profissão	Médico	37	38,2
	Psicólogo, Assistente Social, Prof. de Educação Física, Biólogo, Fisioterapeuta e Farmacêutico	24	24,7
	Estatístico, Oficial Administrativo e Funcionário Público	11	11,3
	Enfermeiro	25	25,8
Turno de Trabalho	Matutino	22	22,7
	Vespertino/Noturno	5	5,2
	Mais de um turno	69	71,1
	Não Informou	1	1,0
Dias de Trabalho/ Semana	3 à 4	7	7,2
	5 à 6	87	89,7
	7 dias	3	3,1
Horas de Trabalho/ Dia	4 até 7	26	26,8
	8 até 12	67	69,1
	13 até 16	4	4,1
Tempo (minutos) para chegar ao trabalho?	30 - 60	71	73,2
	61 ou mais	22	22,7
	mais de 120 min	4	4,1
Como classifica o trabalho?	Muito estressante / Estressante	41	42,3
	Muito prazeroso / Prazeroso	46	47,4
	Duas respostas opostas	8	8,3
	Não Informaram	2	2,0
Satisfação com o Trabalho	Nada Satisfeito/ Pouco satisfeito	20	20,6
	Satisfeito/ Muito Satisfeito	76	78,4
	Não Informou	1	1,0
Faltas no Trabalho	Nenhuma	43	44,3
	Até de dez	39	40,2
	Mais de dez	7	7,2
	Não Informou	8	8,3
Razões das Faltas no Trabalho	Saúde	38	69,1
	Outras	13	23,6
	Não Informou	4	7,3

A tabela 3 indica que a maioria dos indivíduos da amostra são profissionais com formações específicas para a assistência à saúde, na sua maioria médicos, com mais de um turno de trabalho, que trabalham de oito a doze horas por dia, de cinco a seis dias por semana e que gastam de trinta minutos até uma hora para chegar ao local de trabalho.

Em relação à classificação do trabalho observou-se que existe uma distribuição próxima entre aqueles que consideram o trabalho estressante ou prazeroso, mas que no geral se referiram satisfeitos. Em relação aos que apresentaram faltas, a maior causa relatada foi por motivos de saúde.

Tabela 4 – Distribuição de frequência das variáveis relativas à saúde HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Doença Referida?	Sim	42	43,3
	Não	54	55,7
	Não Informou	1	1,0
Tipo de Doença Referida	Mais de uma	8	18,6
	Demais doenças crônicas	8	18,6
	Reumatológica, Ortopédica, Ginecológica, Metabólica ou Gastroenterológica	12	28,0
	Neurológica ou Psiquiátrica	8	18,6
	Não Informou	7	16,2
Em Uso de Medicamento	Sim	51	52,0
	Não	46	48,0
Tipo de Medicamento em Uso	Psiquiátrico	11	21,6
	Anticoncepcional	7	13,5
	Outros	29	57,0
	Não Informou	4	7,9
Encontra-se sob Atendimento Médico	Sim	31	32,0
	Não	65	67,0
	Não Informou	1	1,0

Continua...

Continuação

Variável	Categoria	N	%
Apresenta Dor Diariamente	Sim	32	33,0
	Não	64	66,0
	Não Informou	1	1,0
Tipo de Dor	Articulação / Muscular	11	36,4
	Coluna Cervical / Cabeça	13	39,4
	Mais de um tipo de dor	3	10,0
	Não Informou	6	18,2
Frequenta algum Serviço de Atenção á Saúde	Sim	34	35,0
	Não	62	64,0
	Não Informou	1	1,0
Qual SAS?	SAMSS	16	46,0
	Particular/Não Informou	19	54,0

Verifica-se na tabela 4 que um pouco menos da metade da amostra analisada refere algum tipo de doença. Dentre a presença de doença neurológica e psiquiátrica pôde-se observar em 18,6% dos indivíduos participantes da pesquisa, equiparada com a presença de pessoas com mais de uma doença e com demais doenças crônicas. Observa-se também que o número de pessoas que tomam algum medicamento é maior do que o de pessoas que relatam ter alguma doença. E em relação aos indivíduos que relataram sentir algum tipo de

dor, pode-se observar coluna vertebral e cabeça como as dores mais proeminentes desta amostra.

Nota-se que a maioria desses indivíduos não procura assistência médica e não passam por serviço de atenção á saúde. Já, os que possuem algum tipo de atenção médica utilizam de serviço particular (pouco mais do que a média dos indivíduos, 54%) e o do Serviço oferecido pelo HC-FMUSP aos profissionais da saúde (46% dos indivíduos).

Tabela 5 – Distribuição de frequência das variáveis consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Histórico de Tabagismo	Ex fumante ou fumante atual	15	16,0
	Nunca fumou	81	83,0
	Não Informou	1	1,0
Histórico de Bebida Alcóolica	Costumava ou costuma consumir	36	37,0
	Não consome	60	62,0
	Não Informou	1	1,0
Histórico de drogas ilícitas	Costumava ou costuma fazer uso	2	2,0
	Não faz uso	94	97,0
	Não Informou	1	1,0

De acordo com a tabela 5, a maioria dos indivíduos relatou que não fuma, não ingere bebida alcoólica e não faz uso de drogas ilícitas.

Tabela 6 – Distribuição de frequência das variáveis sono, atividade física e lazer, HC-FMUSP, 2014

Variável	Categoria	N	%
Sono Referido	Insatisfatório	46	47,4
	Satisfatório	51	52,6
Horas de Sono/ Noite	Menos de quatro	4	4,1
	De quatro até seis	55	56,7
	Mais de seis	37	38,1
	Não Informou	1	1,1
Histórico de Insônia	Já teve ou tem	56	57,7
	Nunca teve	41	42,3
Atividade Física	Pratica	50	51,6
	Não Pratica	47	48,4
Tipo de Atividade Física	Aeróbica	15	30,0
	Anaeróbica	8	16,0
	Dois Tipos	20	40,0
	Não Informou	7	14,0
Frequência Semanal de Atividade Física	De uma a três vezes	32	64,0
	Mais de três vezes	11	22,0
	Não Informou	7	14,0

Continua...

Continuação

Variável	Categoria	N	%
Anos de Prática de Atividade Física	Até dois anos	22	44,0
	Mais de dois anos	24	48,0
	Não Informou	4	8,0
Possui Momentos de Lazer	Sim	90	92,8
	Não	7	7,2
Frequência de Lazer	Mensal	10	11,0
	Semanal / Diária / Fim de semana	76	84,5
	Anual / Férias / Não tem	4	4,5

Verifica-se na tabela 6 uma proporção semelhante de indivíduos em relação ao grau de satisfação da variável sono. A maioria dos profissionais da saúde contida na amostra indicou já ter sofrido ou sofrer de insônia e que dormem entre quatro a seis horas por noite.

Da mesma forma, se aplica uma distribuição mais homogênea entre os indivíduos em relação à prática de atividade física e ao tempo em que praticam atividade física. A maioria dos praticantes costuma usufruir mais de uma modalidade de atividade física e se exercitar entre uma a três vezes por semana.

Em relação ao lazer observa-se que quase todas as pessoas da amostra possuem pelo menos um ou vários momentos que consideram lazer durante a semana.

Tabela 7 – Escore Total e dos Componentes da Escala Filadélfia de Mindfulness, HC-FMUSP, 2014

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Escore Total	23	75	45,61	1,10
Aceitação	1	37	15,71	0,86
Consciência	12	40	29,90	0,62

A tabela 7 indica um escore médio maior para o componente Consciência do que para o componente Aceitação. Isso também pode ser observado nos valores extremos onde a consciência apresenta valores maiores tanto no valor mínimo quanto no valor máximo na tabela.

Tabela 8 – Escore do Questionário de Saúde Geral GHQ-12, HC-FMUSP, 2014

Escore GHQ-12	N	%
0-2 (não apresenta transtorno mental comum)	57	58,8
3 ou mais (apresenta algum tipo de transtorno mental comum)	40	41,2

De acordo com a tabela 8 observou-se que um número significativo de indivíduos com indícios de transtornos mentais comuns, que são aqueles que apresentaram um escore de três ou mais no Questionário de Saúde Geral aplicado no período de fevereiro/novembro de 2014.

Tabela 9 – Análise das diferenças das médias (X) dos escores de atenção plena segundo variáveis dicotômicas (Teste t), HC-FMUSP, 2014

Variável	Aceitação				Consciência			Total		
	N	Média	Desvio	P	X	S	P	X	S	P
Sexo										
Feminino	74	14,05	0,90	<0,01	14,05	0,95	<0,01	43,95	1,20	<0,01
Masculino	23	21,04	1,61		21,04	1,61		50,90	2,30	
Estado de nascimento										
São Paulo	77	15,93	0,97	0,30	29,77	0,64	0,35	45,70	1,21	0,42
Outros	20	14,85	1,86		30,35	1,74		45,20	2,35	
Estado Civil										
Casado/União Informal	36	18,19	1,44	<0,01	30,19	1,00	0,38	48,38	1,81	0,02
Solteiro/Separado/Viúvo	61	14,24	1,03		29,75	0,79		43,99	1,36	
Com quem vive?										
Sozinho	13	14,53	1,98	0,29	29,61	1,72	0,42	44,14	2,29	0,30
Com mais alguém	84	15,89	0,94		29,94	0,66		45,83	1,22	
Filhos										
Sim	34	15,61	1,46	0,40	30,85	1,00	0,13	46,46	1,70	0,28
Não	63	15,76	1,06		29,38	0,78		45,14	1,43	
Benefício Financeiro Adicional?										
Sim	18	16,16	2,53	0,40	29,77	1,30	0,46	45,93	2,44	0,44
Não	79	15,16	0,92		29,92	0,70		45,08	1,24	
Satisfação com o Trabalho										
Nada Satisfeito/ Pouco satisfeito	20	11,10	1,10	<0,01	30,40	1,40	0,36	41,50	2,10	0,02
Satisfeito/ Muito Satisfeito	76	18,90	1,00		29,80	1,70		48,70	1,30	
Razões das faltas no trabalho										
Saúde	38	13,90	1,40	0,12	29,40	1,00	0,09	43,30	1,60	0,04
Outras	13	17,90	2,20		32,10	1,50		50,00	2,80	
Doença Referida										
Sim	42	14,40	1,20	0,89	30,40	1,00	0,26	44,80	1,50	0,26
Não	54	16,70	1,20		29,60	0,90		46,30	1,60	
Em uso de Medicamento										
Sim	50	13,60	1,10	<0,01	29,30	0,90	0,13	42,90	1,40	<0,01
Não	45	17,50	1,30		30,70	0,90		48,20	1,70	
Encontra-se sob atendimento médico										
Sim	31	12,50	1,50	<0,01	31,40	1,10	0,05	43,90	1,90	0,14
Não	65	17,20	1,00		29,20	1,00		46,40	1,40	
Apresenta dor diariamente?										
Sim	32	13,50	1,60	0,03	31,60	1,00	0,02	45,10	2,10	0,37
Não	64	16,80	1,00		29,10	1,00		45,90	1,50	

continua...

...continuação

Variável	Aceitação				Consciência			Total		
	N	X	S	P	X	S	P	X	S	P
Frequenta algum Serviço de Atenção á Saúde										
Sim	34	15,00	1,60	0,27	31,50	1,00	0,03	46,50	2,10	0,29
Não	62	16,00	1,00		29,10	1,00		45,10	1,30	
Sono Referido										
Insatisfatório	46	12,39	1,12	<0,01	29,28	1,01	0,17	41,67	1,54	<0,01
Satisfatório	51	18,70	1,13		30,45	0,74		49,15	1,41	
Insônia										
Já teve ou tem	56	14,71	1,11	0,08	28,92	0,83	0,03	43,63	1,38	0,01
Nunca teve	41	17,07	1,32		31,21	0,88		48,28	1,72	
Atividade Física										
Pratica	50	17,16	1,30	0,04	30,54	0,71	0,14	47,70	1,45	0,02
Não Pratica	47	14,17	1,06		29,21	1,00		43,38	1,62	
Frequência Semanal de atividade física praticada										
De uma a três vezes	32	18,60	1,50	0,48	30,30	0,90	0,41	48,90	1,80	0,47
Mais de três vezes	11	18,40	3,00		30,70	1,50		49,10	3,20	
Anos de Prática de Atividade Física										
Até dois anos	22	17,60	1,90	0,42	30,90	1,00	0,31	48,50	2,10	0,33
Mais de dois anos	24	17,10	1,90		30,00	1,00		47,10	2,10	
Possui momentos de lazer										
Sim	90	16,17	0,88	0,02	30,00	0,63	0,16	46,17	1,45	0,02
Não	7	9,71	2,65		27,71	2,51		37,42	1,62	
GHQ-12										
0-2*	57	18,30	1,09	<0,01	30,35	0,75	0,19	48,65	1,39	<0,01
3 ou mais**	40	12,40	1,20		29,25	1,05		41,65	1,61	

*não apresenta transtorno mental comum

**apresenta algum tipo de transtorno mental comum

Na tabela 9, algumas diferenças entre as médias dos escores de atenção plena e determinadas variáveis foram obtidas. Observou-se um nível significativamente maior para os escores “aceitação” e “total” para a categoria sexo masculino, para os indivíduos que são casados ou amigos, para aqueles que referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho, aos que referiram sono satisfatório, para os que possuem momentos de lazer, para os profissionais que não estão em uso de medicamento e nem em acompanhamento médico.

No GHQ-12 notou-se uma diferença fortemente significativa em relação aos níveis de “aceitação” e do escore “total” (aceitação somado à consciência), que foram menores para aqueles que apresentaram algum transtorno mental comum do que para os que não apresentaram.

Para aqueles indivíduos que não referiram sentir dor diariamente e que praticam atividade física, o nível de “aceitação” foi significativamente maior do que para aqueles que sentem algum tipo dor diariamente e que não praticam atividade física.

Nem todas as questões do questionário foram utilizadas para análise por mau desempenho.

Tabela 10 – Análise das diferenças das médias (X) dos escores de atenção plena segundo variáveis ordinais e politômicas (ANOVA), HC-FMUSP, 2014

Variáveis	Aceitação				Consciência				Total			
	X	S	pA	pB	X	S	pA	pB	X	S	pA	pB
Idade (Anos)												
24 - 29	16,5	1,5	0,50		27,5	1,5	0,10		44,0	2,5	0,30	
30 - 39	16,4	1,4			30,5	0,8			46,9	1,6		
40 - 49	13,3	1,8			32,0	1,2			45,3	2,4		
50 ou mais	13,2	1,9			29,3	1,3			42,5	2,4		
Responsável pelas Despesas												
Entrevistado 1	14,0	1,5	0,01	(1≠3;p=0,03)	28,6	1,1	0,10		42,6	2,0	0,01	(1≠3;p<0,01) (2≠3;p=0,01)
Outro 2	11,2	1,8			28,5	2,0			39,7	2,3		
Todos 3	18,6	1,1			31,1	0,8			49,7	1,4		
Renda (Reais)												
1000 - 3500 1	13,3	1,5	0,01	(1≠3;p=0)	31,1	1,0	0,30		44,4	2,0	0,30	
3500 - 5000 2	12,6	1,1			29,1	1,2			41,7	1,6		
Mais de 5000 3	20,4	1,3			29,3	0,9			49,7	1,7		
Fonte de Renda												
HC-FMUSP	15,1	1,0	0,50		29,6	0,8	1,00		44,7	1,3	0,50	
Outros	17,6	2,0			30,3	1,4			47,9	2,8		
Mais de um emprego	15,6	2,1			30,1	1,3			45,7	2,6		
Profissão												
Médico 1	19,0	1,0	0,02	(1≠4;p=0,01)	27,4	1,0	<0,01	(1≠2;p>0,01) (1≠4;p>0,01) (2≠3;p=0,04) (3≠4;p=0,01)	46,4	1,7	0,50	
Psicólogo, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Biólogo, Fisioterapeuta e Farmacêutico 2	15,0	2,0			32,1	1,1			47,1	2,6		
Estatístico, Oficial Administrativo e Funcionário Público 3	15,0	2,6			26,6	1,1			41,6	3,2		
Enfermeiro 4	12,3	1,4			33,0	1,0			45,3	1,7		
Turno de Trabalho												
Matutino 1	14,5	1,6	0,60		32,8	1,0	0,01	(1≠3;p=0,01)	47,3	2,0	0,60	
Vespertino/Noturno 2	14,6	3,3			31,2	3,3			45,8	3,7		
Mais de um turno 3	16,2	1,0			38,7	0,7			54,9	1,4		
Dias de Trabalho por Semana												
3 a 4	16,5	2,2	0,30		31,1	2,5	1,00		47,6	2,3	0,30	
5 a 6	15,8	1,0			29,8	0,6			45,6	1,2		
7 dias	9,0	2,6			28,0	2,3			37,0	4,0		
Horas de Trabalho por Dia												
4 até 7	15,3	1,8	1,00		31,1	1,1	0,50		46,4	2,1	1,00	
8 até 12	15,7	1,0			29,4	0,7			45,1	1,3		
13 até 16	17,5	4,2			29,7	4,0			47,2	7,3		
Tempo (minutos) para chegar ao trabalho												
30 - 60	16,7	1,0	0,00		29,2	0,7	0,20		45,9	1,2	0,30	
61 ou mais	12,0	1,6			31,2	1,3			43,2	2,3		
Mais de 120 min	17,7	6,6			33,7	2,2			51,4	7,2		
Como Classifica o trabalho												
Muito estressante / Estressante	14,6	1,3	0,20		30,4	1,0	0,40		45,0	1,6	0,30	
Muito prazeroso / Prazeroso	16,2	1,2			29,0	0,8			45,2	1,5		
Duas respostas opostas	20,0	2,8			31,1	2,4			51,1	4,6		
Faltas no Trabalho												
Nenhuma 1	17,0	1,3	<0,01	(1≠3;p>0,01)	30,6	0,8	0,40		47,6	1,8	0,02	(1≠3;p=0,01)
Até de dez 2	16,5	1,3			29,0	1,0			45,5	1,6		
Mais de dez 3	6,4	0,8			28,5	2,5			34,9	3,0		

continua...

...continuação

Variáveis	Aceitação				Consciência				Total			
	X	S	pA	pB	X	S	pA	pB	X	S	pA	pB
Tipo de doença referida												
Mais de uma	14,7	3,0			31,7	2,0			46,4	3,6		
Demais doenças crônicas	14,1	2,4			29,5	2,0			43,6	2,4		
Reumatológica, Ortopédica, Ginecológica, Metabólica ou Gastroenterológica	13,0	1,4	0,90		32,1	1,5	0,10		45,1	1,6	0,70	
Neurológica ou Psiquiátrica	15,1	3,8			26,6	2,3			41,7	5,4		
Tipo de Medicamento em Uso												
Psiquiátrico	14,3	3,3			26,8	2,0			41,1	4,0		
Anticoncepcional	16,1	2,4	0,60		26,8	1,4	0,20		42,9	2,7	0,80	
outros	13,0	1,3			30,0	1,1			43,0	1,7		
Tipo de dor referida diariamente												
Articulação / Muscular	12,5	2,8			30,0	1,4			42,5	3,2		
Coluna Cervical / Cabeça	15,5	2,5	0,60		32,0	1,8	0,50		47,5	3,5	0,50	
Mais de um tipo de dor	16,3	6,6			33,3	2,8			49,6	9,3		
Horas de Sono por Noite												
Menos de quatro	7,5	2,5			28,7	4,6			36,2	6,8		
De quatro até seis	15,8	1,0	0,10		29,5	0,8	0,70		45,3	1,3	0,10	
Mais de seis	16,6	1,5			30,4	0,8			47,0	1,8		
Tipo de Atividade Física												
Aeróbica	19,6	2,2			30,4	1,1			50,0	2,7		
Anaeróbica	16,7	3,3	0,70		29,1	1,8	0,70		45,8	4,2	0,60	
Dois Tipos	18,2	2,0			30,7	1,0			48,9	2,1		
Frequência de Lazer												
Mensal	8,2	1,7			28,1	2,2			36,3	2,8		
Semanal / Diária / Fim de semana	17,4	0,9	<0,01	(1≠2;p=0,002)	30,3	0,6	0,50		47,7	1,1	<0,01	(1≠2;p=0,004)
Anual / Férias / Não tem	12,0	1,4			29,7	3,2			41,7	4,4		

pA: valor do p para a diferença das médias;

pB: valor do p e diferença entre médias determinadas

De acordo com a tabela 10, algumas categorias de variáveis demonstraram diferenças significantes em relação à média dos escores de atenção plena. Para a variável “responsável pela despesa” observou-se significância estatística para a categoria em que todos que moram juntos dividem as despesas, ou seja, o nível de “aceitação” e do escore “total” de *mindfulness* é maior para a categoria “todos” em relação às outras duas, demonstrando que quando a despesa é dividida por todos da casa o nível de “aceitação” e de “aceitação” somado a “consciência” (“total”) é maior do que quando apenas uma ou outra pessoa se responsabiliza pelas despesas de casa.

A mesma coisa ocorre com a variável renda, número de faltas no trabalho e frequência de lazer. Aqueles que ganham uma faixa maior de salário apresentaram maior nível de aceitação e de aceitação somado a consciência (escore “total”) em relação aos que ganham menores salários. Os profissionais que não faltaram ou que faltaram menos de dez vezes no trabalho também apresentaram um nível maior dos comportamentos de atenção plena autopercebida, bem como para os profissionais que possuem a frequência de lazer semanal em relação aos que só possuem essa frequência mensalmente.

Em relação a variável profissão, houve uma diferença estatisticamente significativa entre as categorias “médico” e “enfermeiro”, em que o nível de “aceitação” mostrou-se maior para a categoria profissional “médico”. Contudo, para o escore “consciência” o nível apresentado para categoria profissional “médico” foi menor tanto em relação às categorias “enfermeiro”, quanto para “psicólogos, assistentes sociais, profissional de educação física, biólogo e farmacêutico”. Os profissionais administrativos também apresentaram um nível de “consciência” significativamente menor do que os enfermeiros.

Ainda referente ao nível do escore “consciência”, notou-se que os profissionais de saúde que referiram ter mais de um turno de trabalho por dia apresentaram significativamente um maior nível de “consciência” em relação aos que trabalham apenas um turno por dia.

Tabela 11 – Análise das diferenças nos escores de atenção plena segundo categoria de TMC para as variáveis Profissão e Tipo de Doença Referida, HC-FMUSP, 2014

Variável Profissão	TMC	Aceitação				Consciência			Total		
		N	X	S	P	X	S	P	X	S	P
Médico	Não	18	20,00	2,00	0,20	27,30	1,30	0,50	47,30	2,75	0,30
	Sim	19	18,00	1,50		27,40	1,50		46,40	2,30	
Psicólogo, Assistente Social, Prof. de Educação Física, Biólogo, Fisioterapeuta e Farmacêutico	Não	16	19,60	2,00	<0,01	33,00	1,30	0,10	55,60	2,70	<0,01
	Sim	8	5,40	0,80		30,40	2,50		35,80	3,00	
Estatístico, Oficial Administrativo, Funcionário Público	Não	7	19,00	2,50	<0,01	26,70	1,00	0,40	45,70	3,20	0,02
	Sim	4	5,00	2,80		26,50	2,80		31,50	5,00	
Enfermeiro	Não	16	14,00	2,00	0,08	32,60	1,30	0,30	46,60	2,30	0,10
	Sim	9	9,50	1,30		33,30	2,00		42,80	2,90	
Tipo de doença referida											
Mais de uma	Não	5	20,00	2,70	<0,01	32,40	2,60	0,30	52,40	3,40	<0,01
	Sim	3	6,00	0,60		30,60	3,30		36,60	3,00	
Demais doenças crônicas	Não	5	13,80	3,90	0,40	30,00	2,30	0,40	43,80	2,30	0,40
	Sim	3	14,60	1,80		28,60	4,40		43,20	6,00	
Reumatológica, Ortopédica, Ginecológica, Metabólica ou Gastroenterológica	Não	6	12,80	2,70	0,50	31,80	1,90	0,40	44,60	2,90	0,40
	Sim	6	13,00	1,20		32,50	2,60		45,50	1,80	
Neurológica ou Psiquiátrica	Não	5	20,00	4,90	<0,01	28,00	2,30	0,20	48,00	6,40	0,07
	Sim	3	7,00	1,50		24,30	5,30		31,30	6,80	
Sem doença referida	Não	32	18,40	1,50	0,03	30,60	1,00	0,06	49,00	1,90	0,01
	Sim	22	14,00	2,00		28,00	1,30		42,00	2,50	

Para os resultados testados pela análise da associação GHQ-12 com *Mindfulness* estratificada por profissão - médicos, outros profissionais; profissionais assistenciais, profissionais administrativos, observou-se que existem diferenças significantes para as categorias “Psicólogos, Assistentes Sociais, Profissional de Educação Física, Biólogo, Fisioterapeuta e Farmacêutico” e para “Estatístico, Oficial Administrativo e Funcionário Público”, das quais o escore “total” e “aceitação” foram maiores para aqueles que não apresentaram transtorno mental comum.

Da mesma forma, segundo a análise da associação GHQ-12 com *Mindfulness* estratificada por “Tipo de Doença” verificou-se que há diferenças significantes nas categorias “Mais de uma doença”, “Doenças neuropsicológicas/psiquiátricas” e “Sem doença referida”, de modo que os escore Total é maior para quem não apresenta TMC nas categorias “mais de uma doença” e “Sem doença”; os escores aceitação são maiores para quem não apresenta transtorno mental comum nas categorias “”, “Doenças neuropsicológicas/psiquiátricas” e “Sem doença referida”.

Contudo, nessas categorias analisadas, a presença de transtorno mental comum (referido pelo GHQ-12) está associada a menores escores de *mindfulness*, indicando uma possível correlação negativa que se deve ao domínio de “aceitação”.

8. DISCUSSÃO

A “aceitação” e “consciência” são componentes ou dimensões descritas e mensuradas pela a Escala Filadélfia de *Mindfulness* que podem ser caracterizados como comportamentos autopercebidos relacionados à atenção plena, em diferentes níveis. Dizendo de outro modo, essas dimensões neste trabalho, correspondem aos comportamentos de sair do modo “piloto automático” e se colocar intencionalmente atento/presente ao momento agora, com uma atitude de abertura, curiosidade e de não julgamento.

Desta forma, pelo instrumento de mensuração utilizado (EFM) compreende-se que quando um nível maior de “consciência” (*awareness*, aqui utilizada como “consciência”) é observado, uma maior capacidade de monitoramento individual sobre as próprias experiências - internas e externas - no momento em que elas ocorrem é identificada. E quando a “aceitação” é observada em níveis mais altos em relação a uma variável e outra, então é identificada uma experiência de eventos de forma mais completa e sem/menor resistência pelos indivíduos; sendo que os níveis mais baixos de “aceitação” são então, caracterizados por atitudes de evitação e tentativas de controle da experiência interna pelo indivíduo (Cardaciotto & cols., 2008).

Assim, algumas variáveis estudadas nesta pesquisa apresentaram resultados significantes que estão em consonância com a literatura em que *mindfulness* se apoia e com

hipóteses a serem continuamente aprofundadas. Essas hipóteses implicam nos cuidados de si para o cuidado dos outros na prática da saúde, no melhor gerenciamento do indivíduo para com sua saúde mental e atitudes mais pró-ativas para com o outro e suas experiências.

Até o momento não existe quase nenhuma evidência científica focada em possíveis relações ou diferenças entre homens e mulheres de acordo com o nível autopercebido de comportamentos relacionado à *mindfulness* para ambos os sexos. Porém, neste estudo foi encontrado uma diferença significativa para homens e mulheres, indicando maior nível de atenção plena para o sexo masculino. Tendo em vista que este estudo não visa mensurar o efeito da prática de atenção plena e sim o nível de “aceitação e consciência”, dimensões estas, abordadas pela Escala Filadélfia de *Mindfulness* como comportamentos relacionados à atenção plena, vale mesmo assim, considerar um recente estudo que abriu considerações sobre possíveis achados em relação à prática de atenção plena entre o sexo feminino e masculino.

O ensaio clínico realizado com sessenta pessoas, sendo trinta homens e trinta mulheres (Lurders, Thompson & Kurth, 2015) utilizou-se de dados obtidos de ressonância magnética de alta resolução a partir de 30 praticantes de longo prazo de meditação (15 homens / 15 mulheres) e 30 indivíduos de controle bem pareados (15 homens / 15 mulheres) para avaliar se os efeitos específicos do hipocampo manifestam-se de forma diferente no sexo masculino e feminino. E o resultado encontrado foi que houve diferenças significantes nas dimensões do hipocampo dos homens e das mulheres em magnitude, lateralidade e posição da superfície hipocampal. O que sugere a hipótese de que isso ocorra

por fatores genéticos inatos ou adquiridos nos cérebros femininos e masculinos nas áreas envolvidas pela prática meditativa de *mindfulness* e/ou que a parte hipocampal de cada sexo recebe a prática de *mindfulness* de forma diferente.

Outra variável em que se observou diferença estatisticamente sigificante com nível de *mindfulness* foi estado civil. E no que se refere ao estado civil de uma pessoa casada, uniões informais ou que se relaciona afetivamente com alguém, é possível compreender que o modo como esses se relacionam entre si pode interferir positivamente ou não na qualidade de vida e na rotina de cada um. As relações afetivas podem ser mais satisfatórias e saudáveis quando a aceitação entre os indivíduos é maior, bem como, a intervenção de atenção plena em casais que pedem “socorro” (ajuda) em suas relações, o trabalho prático de aceitação passa a ser o mediador assertivo para que a relação transpasse esse momento de crise, seguindo em direção a uma relação conjugal mais satisfatória (Carson et al, 2007). Estudos apontaram que o estado de *mindfulness* contribui na diminuição do estresse emocional, na melhora da comunicação, na empatia, na percepção da relação, nas respostas emocionais mais hábeis e nos movimentos de mudança pós-conflito entre os casais. Sugerindo então, que este estado desempenha uma influência positiva na relação romântica. (Barnes et al, 2007; Wachs & Cordova, 2007).

Quando experiências são divididas dentro de um mesmo lar, a habilidade de desenvolver atitudes mais compassivas e generosas tende a aumentar, essas atitudes possuem uma relação direta com a “aceitação”, já que o “aceitar” dentro de uma descrição clássica de *mindfulness* pode ser entendida como uma atitude ou intenção de “abraçar” tudo

aquilo que surge em cada momento (seja bom ou mal), sem juízo ou críticas. Não significando passividade, mas sim a atitude de tentar tomar consciência da realidade e assim ter a possibilidade de agir de maneira mais adequada às situações. O viver em conjunto ou o nível de atividade social e de convivência de uma pessoa pode interferir no desenvolvimento de seu grau de “aceitação” dentro do contexto *mindful* de “ser/estar” (Campayo & Demarzo, 2015).

Quando existe uma atitude mais compassiva do ser humano pelo próximo, a aceitação frente às situações e experiências diversas sendo essas positivas ou negativas aproxima mais as pessoas envolvidas. Desta forma, é possível que pais, por exemplo, se tornem pessoas com maior nível de “aceitação” já que precisam aprender a lidar e lidam diretamente com a vida de seus filhos, muitas vezes sem terem controle sobre os acontecimentos do dia-a-dia. O que os tornam mais resilientes a uma situação difícil quando não esperada (Reid et al, 2015).

Num estudo realizado no âmbito prático de *mindfulness* para famílias, observou-se que através das intervenções que contemplavam o desenvolvimento de comportamentos relacionados à atenção plena, o bem estar entre pais e filhos e as dimensões da parentalidade foram fortalecidos. Logo, o nível de *mindfulness* também pode ser melhorado através das práticas específicas de modo a mediar positivamente relações familiares (Coatsworth et al, 2015).

Na esfera profissional, a satisfação no trabalho é outro fator importante a ser discutido por se mostrar como um aspecto relevante na vida, na saúde, na motivação do indivíduo, já que o trabalho ocupa parte significativa do dia de cada um. Nesta pesquisa, pode-se observar que a maioria dos participantes trabalham sete dias por semana, em torno de treze a dezessete horas por dia, sendo assim, perceber como esses profissionais se sentem em relação ao trabalho permite uma reflexão sobre a saúde física, mental e funcional desses profissionais, que se dedicam ao ambiente de trabalho e aos cuidados com os pacientes que serão atendidos.

O trabalho pode ser entendido como algo que constitui a essência da natureza humana, pois, não só proporciona a aquisição de bens materiais, mas a realização profissional e social do ser humano. Dentro desse contexto, é possível perceber que o trabalho agrega diferentes dimensões da vida de um profissional, como a capacidade de resiliência, experiências emocionais, a qualidade de vida, habilidades de liderança, de mudança, competência, aprendizagem, motivação e desenvolvimento (Markus & Lisboa, 2015).

Como *mindfulness* tem sido um objeto de investigação dentro do contexto organizacional e do trabalho, um estudo (Hülshager et al., 2013) confirmou inicialmente que o estado de *mindfulness* está relacionado com grau de exaustão emocional e satisfação no trabalho. Os trabalhadores que experienciam exaustão emocional e redução na satisfação do trabalho podem ter uma capacidade diminuída de atenção plena. No trabalho presente, o nível de “aceitação” entre aqueles que referiram se sentir satisfeitos com o trabalho foi

significativamente maior em relação aos que não se sentem satisfeitos. Isso é uma informação positiva, já que a maioria dos participantes desta pesquisa se refere satisfeitos com o trabalho. Já, a dimensão “consciência” daqueles que trabalham mais de dois turnos por dia é maior em relação aos que trabalham apenas no turno matutino, ou seja, o nível de monitoramento interno desses indivíduos que trabalham mais parece ser maior que os daqueles que trabalham menos. É possível que os que trabalham mais turnos estejam sim mais atentos, mais presentes as experiências para alcançar melhor desempenho nas tarefas laborais e evitar situações de riscos, já que o cansaço pode ser um efeito prejudicial que aumenta a chance de erros e de complicações no ambiente profissional.

Não existem ainda estudos que evidenciem possíveis diferenças ou relações entre atenção plena e renda econômica. Porém, o aspecto financeiro é um tema de preocupação recorrente da vida cotidiana e que pode interferir direta ou indiretamente na saúde do indivíduo, de sua família e, por conseguinte em suas funções de autocuidado e também de trabalho.

Desta forma, entrando no tema econômico da vida de profissionais da saúde e correlacionando-o a atenção plena, Dellcorso (2015) constata que profissionais que cultivam práticas de *mindfulness* apresentam características que podem ser importantes em qualquer organização ou empresa. Considera os indivíduos que praticam e buscam maior grau de atenção plena como os mais proativos e menos reativos às experiências antagônicas com outras pessoas.

Isto pode servir como hipótese para apoiar o nível mais alto de “aceitação” identificado entre os indivíduos entrevistados que dividem as despesas da onde moram. A aceitação pode ser favorável à ação de gerar um clima cordial e de comprometimento em grupo, para o ato de o indivíduo partir da sua introspecção em sentido ao bom relacionamento interpessoal, de saber reconhecer os problemas para melhor tomada de decisão. Desenvolvendo assim, um interesse genuíno na condução de tarefas, passando confiança e motivação para os demais atuarem de forma mais colaborativa. E por sua vez, possibilitando o treino da própria aceitação na vida acontecendo.

Ainda para o autor (Dellcorso, 2015), quando se busca trabalhar com a finalidade de gerir pessoas e aprimorar comportamentos, *mindfulness* pode ser incorporado para desenvolver a capacidade de resiliência e a boa vontade do indivíduo frente situações e obstáculos, propiciando respostas estratégicas e diminuindo conflitos externo, aprimorando a habilidade para responder a desafios, com automotivação e instinto de investigação do novo que a prática da atenção plena possibilita. Contudo, é possível que para aqueles indivíduos entrevistados que possuem maior renda financeira e se sentem mais seguros economicamente, o nível de “aceitação” seja de fato mais acentuado, já que a motivação e a abertura para novas situações possam estar “respaldadas” pelo reforço financeiro. O que implica num aspecto positivo na vida deste profissional da saúde.

Os profissionais de cuidados primários em saúde apresentam níveis altos de sofrimento e de sintomas ligados ao estresse no ambiente de trabalho. Num estudo realizado com 450 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem

e agentes comunitários de saúde) que trabalham em programas de cuidados primários orientados para a comunidade brasileira chamados de "Programas de Saúde da Família", com o objetivo de verificar correlações entre comportamentos autopercebidos de atenção plena, estresse e bem estar subjetivo através de instrumentos de autoavaliação validados, verificou que os enfermeiros demonstraram menor nível de atenção plena e afeto positivo, bem como, nível de estresse e afeto negativo superior em relação aos outros profissionais. Outro resultado observado foi fortes correlações negativas entre *mindfulness* e estresse percebido, e correlações médias positivas entre *mindfulness* e bem estar subjetivo. Esta pesquisa mostrou que estes profissionais relatam falta de treinamento adequado, sobrecarga de trabalho, condições de trabalho precárias, sentimentos de desamparo e frustração profissional (Atanes et al, 2015).

Interessante que no presente trabalho os níveis de comportamentos autopercebidos de “aceitação” entre enfermeiros foram significativamente menores dentre os outros profissionais que contemplaram a amostra, enquanto que o nível de “consciência” apresentou-se maior do que os dos médicos e oficiais administrativos. Talvez isso possa estar em congruência com o relato das condições de trabalho, em estar alerta para evitar problemas ou por falta de treinamento adequado ou por excesso de trabalho e também pelos sentimentos sinalizados por estes profissionais, como demonstrado no estudo referido acima.

Trabalhar muitas horas por dia, fazer de uma a três turnos de trabalho, estar diretamente voltado a cuidar de pessoas que demandam atenção não é tarefa simples. Exige

muita responsabilidade, dedicação, autocuidado e humanidade. Porém, os acontecimentos subjetivos que estão além do trabalho, também fazem parte desse ser humano que vive quase que integralmente para saúde do outro.

Os resultados aqui observados sobre o absenteísmo dos profissionais retrataram que os profissionais da saúde que não faltaram nenhuma vez no serviço (até o momento presente da entrevista) tiveram um nível maior de “aceitação” e “consciência” em relação aos que faltaram até dez vezes e que referiram os motivos de saúde como causa das faltas.

Visto também, que a maioria dos profissionais da saúde que participaram deste presente estudo não referiu doença, não referiu dores, não está em acompanhamento médico e não frequenta regularmente nenhum serviço de atenção a saúde, mas referiu estar em uso de medicamento. Dentre desses aspectos associados à autopercepção sobre a saúde, os níveis de “aceitação e consciência” foram significativamente observados em maior nível para aqueles que referiram não fazer uso de medicamentos, o que pode seguir em direção com o fato de que quando o estado de *mindfulness* do indivíduo é cultivado a tolerância em relação à dor e capacidade de percepção sobre a real necessidade de cuidados medicamentosos é aumentada. O indivíduo passa a lidar aceitando melhor a dor física e emocional, bem como a capacidade de monitoramento interno passa a ser maior em relação ao seu próprio cuidado, favorecendo talvez sua consciência e atenção à saúde.

Um estudo americano realizado com 213 profissionais – médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e outros - do centro de saúde acadêmico Large

Midwestern - Minnesota descreveu a relação entre *mindfulness* e autocompaixão com fatores conceitualmente relacionados à *burnout* e qualidade de cuidado (sono e resiliência), através de instrumentos validados de confiabilidade externa de autorelato quantitativos e qualitativos. Concluiu-se que a resiliência foi significativamente e fortemente correlacionada com menos estresse e melhor saúde mental, maior nível de *mindfulness* e de autocompaixão; já os distúrbios do sono foram significativamente e mais fortemente correlacionados com o estresse percebido e pior saúde, porém com menor nível de *mindfulness* e de autocompaixão (Kemper & Mo X, 2015).

Os distúrbios do sono desencadeiam consequências adversas à saúde e ao bem estar dos indivíduos, podendo afetar a qualidade do trabalho, o desempenho em funções rotineiras, a capacidade de cognição, a socialização e os relacionamentos (Muller et al., 2007). O mais interessante é que dentre os resultados observados para variável sono, analisada no presente trabalho, o nível de “aceitação” foi maior para aqueles que consideraram o sono satisfatório, independentemente das horas de sono dormidas e o nível de “consciência” foi maior para aqueles que não referiram histórico de insônia. Isto pode sugerir o quanto à qualidade do sono pode estar relacionada positivamente com a capacidade de monitoramento interno e com uma atitude de abertura, curiosidade, generosidade e compaixão mais privilegiada. E como também sugere outro estudo, o quanto a prática de *mindfulness* pode também influenciar de forma favorável na produção de cortisol, diminuindo o estresse e melhorando o sono (Brand et al., 2012; Hubbling et al., 2014., Martires & Zeidler., 2015).

Da mesma forma, o nível de “aceitação” apresentado por aqueles que praticam atividade física e para aqueles que costumam ter atividades ligadas ao lazer também foi maior. Esses dois fatores podem estar diretamente associados à saúde, a qualidade de vida e ao desempenho de tarefas dos indivíduos. A atividade física e as atividades de lazer (socializar, passear e descansar, por exemplo) diminuem os sintomas de estresse, de ansiedade, facilita o equilíbrio interno do corpo (homeostase) e favorecem a liberação de neurotransmissores que auxiliam no bem estar físico e mental (Pondé & Caroso, 2003; Teixeira Júnior et al., 2012).

Além disso, existem evidências das interações positivas desses fatores com a atenção plena. *Mindfulness* pode auxiliar na melhora de desempenho esportivo por favorecer a regulação dos efeitos emocionais e fisiológicos, contribuindo com o estado de imersão focada na prática da atividade física (Jackson & Csikszentmihalyi, 1999; Ravizza, 2002; Van der et al., 2015).

Como se pode observar, as evidências mais atuais sugerem que *mindfulness* pode fazer parte de possíveis fatores de proteção à saúde, já que está positivamente associado com uma variedade de indicadores de saúde mental, tais como níveis mais elevados de afetos positivos, satisfação com a vida, vitalidade e regulação da emoção de adaptação, e menores níveis de afetos negativos e sintomas psicopatológicos; como também na melhora de qualidade de vida em pacientes com câncer, na redução de ansiedade em pacientes com doenças cardíacas, em distúrbios do humor, e no tratamento de abuso de substâncias.

Podendo implicar de forma complementar ao autocuidado e às condições de vida e de saúde dos indivíduos.

Retomando mais uma vez, a prevalência de *burnout* e transtornos mentais comuns (ansiedade, fadiga, insônia, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração) em profissionais da saúde são em geral altos. O *burnout* ou esgotamento profissional é caracterizado como um tipo de estresse organizacional capaz de gerar exaustão emocional, despersonalização e um sentimento de baixo comprometimento pessoal que podem ser evidenciados clinicamente com manifestações diferentes de humor, distúrbios cardiovasculares, baixa empatia, diminuição de cuidado, relação profissional-paciente afetada, aumento da chance de erros no ambiente de trabalho e maior gasto com remédios para uso próprio (Foureur et al., 2013; Asuero et al., 2014).

Isso pode ser decorrente da carga horária, ambiente inadequado e sobrecarga de trabalho, das horas sem dormir e muitas vezes associados com um sistema de saúde desumanizado (Menezes & Silva, 2008). E essa síndrome vem sendo apontada como um importante fator de risco para morbidade psiquiátrica (Grunfeld et al., 2000; Perrewé et al., 2005). O que pode sugerir o resultado observado na análise estratificada desta pesquisa, em que para os profissionais da saúde Médicos e Enfermeiros não foi encontrado nenhuma associação para maiores níveis de *mindfulness*, enquanto que para as outras categorias de profissionais houve maior nível de “aceitação” e “total” de atenção plena para os que não apresentaram transtorno mental comum.

Como já constatado com a aplicação GHQ-12, grande parte dos profissionais da saúde avaliados apresentou algum tipo de Transtorno Mental Comum e que houve uma significância estatística em relação a um menor nível de “aceitação” para aqueles que foram positivos para TMC. Outros estudos que mensuraram TMC antes e depois de práticas de atenção plena, concluíram uma melhora estatisticamente significante para TMC, como também na resiliência dos profissionais da saúde em sua vida pessoal e no local de trabalho, maximizando sua capacidade de autocuidado (Foureur et al., 2013; Ausuero et al., 2014).

É possível que TMC estejam associados ao maior nível de “aceitação” e não de “concentração” devido à primeira, como proposta pela EFM estar correlacionada de forma negativa alta e moderadamente com traços mal-adaptativos ou tendências evitativas de autoconsciência (ruminação e ansiedade social) do indivíduo e por possuir validade discriminante como um componente adaptativo e positivo de *mindfulness* (autoconsciência pública e privada, capacidade de reflexão e autorreflexão e de insight) evidenciando também similaridades com as práticas meditativas de atenção plena. Enquanto, o componente “consciência” avalia traços de processos privados, como o de autofoco e a pensamentos sobre si mesmo (Silveira et al, 2011).

Pode ser que os achados de associação referente ao maior nível de comportamento autopercebido de *mindfulness* para as categorias “Doença neurológica ou psiquiátrica”, “Mais de uma doença” e “Sem doença referida” (sem TMC) sejam explicados devidos: 1) a possibilidade desses indivíduos que possuem esses tipos de doenças ou mais de uma doença tenham atenção redobrada cosigo e com sua saúde, talvez por demandar mais cuidado e

acompanhamento específico para seu bem estar diário e melhor qualidade de vida. Desta forma, o autocuidado pode ser diferente desses para aqueles com outras doenças referidas. Ainda para essas categorias, pode ser que a “aceitação” seja maior, por esses indivíduos resistirem menos, julgarem menos as situações de vida e estarem mais abertos às experiências, justamente por já vivenciar contingências dolorosas ou difíceis com as condições das doenças referidas, permitindo então que seu posicionamento frente à vida tenha um significado genuíno e talvez uma perspectiva positiva diferenciada; 2) Para aqueles que não possuem doença é possível que sejam mais *mindful* por não apresentarem de fato nenhum tipo de doença ou por serem mais autocuidadosos e prevenidos com a saúde.

Outra consideração importante é quanto o nível de “aceitação” menor para quem apresenta TMC. Isso pode ser mais evidente devido os indivíduos com transtornos mentais comuns já apresentarem um grau de sofrimento e de estresse que acarretam de forma mais limitante e muitas vezes incapacitante (principalmente quando sem acompanhamento médico/psicológico) sua vida pessoal, profissional, social, até mesmo em tarefas de simples execução do dia a dia como em decisões que precisam ser tomadas.

Desta forma, o desempenho da vida desta pessoa é alterado e a capacidade de “aceitação” pode ser afetada – diminuída ou até extinta pela apatia, ansiedade, medo, por exemplo - de seu repertório comportamental. Prevalencendo um padrão de comportamento mais resistente e intolerante diante da vida, cuja sua capacidade de resiliência torna-se menor, perseverando um estado mal-adaptativo.

Por fim, observou-se neste trabalho que houve mais diferenças significantes entre as variáveis e as categorias em relação ao nível de “aceitação” do que com o de “consciência” (awareness). Quanto ao nível “Total” de atenção plena observada, pôde-se perceber que houve também o domínio do componente “aceitação” associada a variável que possui nível “Total” estatisticamente significativa.

8.1 Limitações do estudo

A amostra deste estudo não é considerada representativa dos profissionais da saúde dos Hospitais Terciários do Brasil. Somado a isto, por ser um estudo que coletou dados em campo, por muitas vezes no horário de serviço de cada um dos profissionais da saúde, isso pode trazer um viés nos resultados obtidos, pois os respondentes podem naturalmente ter maior ou menor interesse em responder questões pessoais e as questões referentes ao tema abordado na pesquisa, condição esta que pode influenciar no preencher ou não os formulários com informações consistentes.

De acordo com os instrumentos de mensuração quantitativa de *mindfulness*, a definição científica dada para cada questionário é por meio de um conceito polissêmico, já que depende da interpretação de cada instrumento, de critérios avaliativos diferenciais e até mesmo de estudos qualitativos. Uma das principais limitações dos instrumentos validados para mensurar *mindfulness* é a ausência de um critério padrão ouro. Por outro lado, isso pode sugerir a característica de *mindfulness*, como habilidades práticas, habilidades da mente, como um modo de consciência relacionado à estados subjetivos que não podem ser reduzidas a dimensões ou questionários sobre o tema (Hirayama, 2014).

Outro fator a se levar em conta é que o número da amostra pôde ter limitado a observação de outras associações possíveis em determinadas categorias, por ser uma amostra relativamente pequena. Talvez numa amostra maior, outras associações poderiam ter sido encontradas. Pelo mesmo motivo, tamanho da amostra, não foi realizado uma análise multivariada. Clarificando também, que o uso do termo estatístico “associação” deu-se a partir da inferência das diferenças encontradas nos resultados desta pesquisa.

Contudo, a EFM em sua potencialidade pode complementar com seu uso as abordagens qualitativas e comportamentais com parâmetros de confiabilidade e validade interna satisfatória para ser utilizada em diversos setores da sociedade, como, nos estudos que visam investigar *mindfulness* ou avaliar de forma integrativa o cuidado da saúde, dos profissionais que visam dedicar-se a saúde e também para a população em geral.

9. CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo principal deste estudo, pôde-se observar que o nível de mensuração de comportamentos autopercebidos de *mindfulness* através da EFM em profissionais da saúde do Hospital das Clínicas de São Paulo obteve um escore total médio de 45,61 e desvio padrão de 1,10 (valor mínimo obtido foi 23 e máximo 75 na pontuação da escala que varia de 0 a 80 pontos). Em relação aos níveis de “aceitação” e “consciência” (*awareness*) medidos separadamente na EFM, concluiu-se que existe uma predominância maior para o nível de “consciência” ou *awereness* (média 29,90 e desvio padrão 0,62) sobre “aceitação” (média 15,71 e desvio padrão 0,86).

Foi constatado que os níveis de atenção plena possuem associações com determinados indicadores das condições de vida e saúde nos profissionais de saúde, entre eles estão: sexo, estado civil, responsabilidades pelas despesas, renda econômica, profissão, satisfação com o trabalho, faltas e razões de faltar no trabalho, turno de trabalho, doença referida, uso de medicamento, estar sob atendimento médico, dor referida diariamente, qualidade do sono, prática de atividade física, momentos de lazer e transtorno mental comum.

Por fim, variáveis e categorias também mostraram em maior número associações significantes com o comportamento autopercebido de “aceitação” relacionado à *mindfulness*. O nível de “aceitação” tem um importante impacto no estado mental de

mindfulness, ao passo que demonstra validade discriminante como um componente adaptativo e positivo de atenção plena.

9.1 Considerações Finais

Dentro de um estudo exploratório como este, faz-se necessário analisar os resultados com cautela e precaução, primeiro por se tratar de uma amostra não representativa dos profissionais da saúde e segundo por não poder reduzir o nível de *mindfulness* de um indivíduo a um questionário. Porém, os esforços para explorar os objetivos deste estudo foram fidedignamente buscados. Justamente por se saber a relação de *mindfulness* com a saúde e como o autocuidado pode predizer seus efeitos no ambiente de trabalho e na forma como se trabalha.

É importante que outros estudos possam ser realizados com profissionais da saúde e que a prática de *mindfulness* possa ser aplicada e mensurada para que possa ficar ainda mais claro os efeitos e a dimensão da atenção plena dentro da área da saúde.

10. ANEXOS

Anexo 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE _____

CEP: _____ TELEFONE: DDD (_____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “A mensuração da atenção direcionada ao momento presente – “atenção plena” - em profissionais da saúde”.

PESQUISADORES: Reinaldo José Gianini (CRM 37579) e Mariah Theodoro de Souza (CRP 06/97162).

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor de pós Graduação do departamento de Medicina Preventiva da USP e Pós-graduanda Strictu Sensu da USP (Departamento de Medicina Preventiva).

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº _____

UNIDADE DO HCFMUSP: Medicina Preventiva

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : Quatro Semestres

4. DESCRIÇÃO DA PESQUISA

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa mensurar e descrever o grau de *mindfulness* em profissionais da saúde de um Hospital Terciário renomado brasileiro (HC-FMUSP), de forma a contribuir com o conhecimento e ampliação do tema discutido neste trabalho na área da promoção da saúde. *Mindfulness* é definido como atenção direcionada ao momento presente – “atenção plena”. Foi desenvolvido a partir de técnicas meditativas de origem budista que buscam um estado de atenção focada e ausente de qualquer atitude avaliativa, que auxilia no cessar do sofrimento do indivíduo, promovendo sua qualidade de vida. É em sua particularidade, um treinamento mental que pode reduzir o estresse físico e mental, bem como do adoecimento frente situações adversas da vida. Esta prática é adotada com uma aproximação para o aumento da consciência contribuindo para a diminuição do estresse, de comportamentos mal adaptativos e não possui caráter religioso.

Contudo, a Escala Filadélfia de *Mindfulness* (EFM) é um instrumento de autorrelato validado para o português a partir da *Philadelphia Mindfulness Scale* (PMS), semelhante ao original, que visa mensurar *mindfulness* – “atenção plena” - de forma acessível para adultos, independente de experiências em práticas meditativas anteriores. É composta por 20 itens e se apoia em dois componentes principais do conceito de *mindfulness*: Aceitação e “Awareness” (consciência). Através desta escala, é possível mensurar e descrever o nível de monitoramento individual de *mindfulness* (“atenção plena”) em uma população específica.

O participante preencherá um questionário que possui dois blocos. O primeiro com dados demográficos e exposição de fatores relacionados à saúde mental e o segundo com 10 questões sobre o componente “aceitação” e 10 com o componente “Awareness” (consciência). O tempo estimado é de aproximadamente 25 minutos para responder.

Se você decidir participar, isto não o (a) afetará, não haverá riscos potenciais à saúde e o possível desconforto para o participante é o investimento de tempo para preenchimento dos questionários.

Em caso de dúvidas você terá acesso a pesquisadora Mariah Theodoro de Souza pelo telefone (011) 97223-8855 ou no endereço Av. Dr. Arnaldo 455, 2 andar e se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5 andar – tel.3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

A sua identidade como participante nesta pesquisa será confidencial em qualquer publicação dos resultados deste estudo. A informação obtida durante esta pesquisa (Dados de Pesquisa) será mantida confidencial até onde a lei exigir. Entretanto, estes Dados de Pesquisa (se algum e se relevante para estudo) poderão ser revistos pelas pessoas envolvidas na pesquisa, pelo Comitê de Ética (comitê que avalia todas as pesquisas com seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) se exigido por leis ou regulamentos.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para não participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A mensuração da atenção direcionada ao momento presente – “atenção plena” - em profissionais da saúde”. Eu discuti com a pesquisadora Mariah Theodoro de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal:

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Pesquisadores: _____ Data ____/____/____

Mariah Theodoro de Souza

_____ Data ____/____/____

Reinaldo José Gianini

Anexo 2**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1. DADOS PESSOAIS

1.1. Nome:_____

1.2. Data de nascimento:___/___/___

1.3. Sexo: (F) (M)

1.4 Nacionalidade:_____

1.5 Estado em que nasceu:_____

1.6 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Desquitado () Viúvo () Amigado

1.7 Grau de Escolaridade:_____

2. INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

2.1. Quantas pessoas moram com você:_____

2.2. Tem filhos: () Sim () Não 2.3. Quantos:_____

2.4 Quem investe financeiramente com as despesas de casa:

2.5. Mora em casa/apartamento: () Própria/o () Alugada/o

2.6. Sua renda mensal se aproxima de:

() R\$ Menos de 1.000,00 () R\$ 1.500,00 () R\$ 2.500,00 () R\$ 3.500,00

() R\$ 4.500,00 () Mais de R\$ 5.000,00

2.7. Atualmente, qual é a sua principal fonte de renda:_____

2.8. Além de seu salário você recebe algum outro benefício financeiro:

() Sim () Não Qual ou Quais:_____

3. VIDA PROFISSIONAL

3.1. Qual sua profissão: _____

3.2. Local de trabalho: _____

3.3. Qual o seu turno de trabalho: _____

3.4. Quantos dias costuma trabalhar por semana: _____

3.5. Quantas horas costuma trabalhar por dia: _____

3.6. Quanto tempo você gasta por dia para chegar ao trabalho: _____

3.7. Como você classifica seu trabalho:

() Muito estressante () Estressante () Prazeroso () Muito prazeroso

3.9. Como você se sente em relação ao seu trabalho:

() Nada satisfeito () Pouco satisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito

3.10. Neste ultimo ano teve quantas faltas aproximadamente no trabalho: _____

3.11. Por quais razões em geral: _____

4. INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

4.1. Sofre de alguma doença:

() Sim () Não 4.2. Qual/Quais: _____

4.3. Faz uso de algum medicamento contínuo:

() Sim () Não 4.4. Qual/Quais: _____

4.5. Recebe algum cuidado médico ou profissional específico:

() Sim () Não 4.6. Qual/Quais: _____

4.7. Sente dor/dores diariamente:

() Sim () Não 4.8. Qual/Quais: _____

4.9. Frequenta algum serviço de atenção a saúde:

() Sim () Não 4.10. Qual/Quais: _____

4.11. E com qual frequência: () Diária () Semanal () Mensal () Semestral () Anual

5. INFORMAÇÕES SOBRE CONSUMO DE TABACO, ALCOOL e DROGAS

5.1. Possui história atual ou passada de consumo de tabaco: () Sim () Não

5.2. Quantos cigarros aproximadamente você consome/ consumia por dia: _____

5.3. Costuma ou costumava fazer consumo de bebida alcoólica: () Sim () Não

5.4. Costuma ingerir bebida alcoólica:

() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Não consumo

5.5. Faz ou fez consumo de algum outro tipo de drogas:

() Sim () Não 5.6. Qual/Quais: _____

5.7. Costuma usar drogas:

() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Não consumo

6. SONO, ATIVIDADE FÍSICA E LAZER

6.1. Considera seu sono: () Insatisfatório () Satisfatório

6.2. Costuma ter quantas horas de sono por dia: _____

6.3. Tem ou já teve insônia: () Sim () Não

6.4. Pratica atividade física:

() Sim () Não 6.5. Qual/Quais: _____

6.6. Pratica atividade física com que frequência: _____

6.7. Há quanto tempo pratica atividade física: _____

6.8. Costuma ter momentos de lazer: () Sim () Não

6.9. Em que frequência você tem momentos de lazer: _____

Anexo 3

Escala Filadélfia de Mindfulness – EFM

(Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008, adaptada para o Brasil por DaSilveira, DeCastro & Gomes, 2012).

Você deve avaliar o quanto cada item corresponde a uma característica sua, marcando com um “X” ou circulando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada. Responda rapidamente, sem parar muito tempo em cada questão, e não compare as respostas de uma questão com outra. Lembre-se: não existem respostas certas ou erradas, elas apenas refletem a sua opinião.

0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. Eu estou ciente de quais pensamentos estão passando em minha mente.	0 1 2 3 4
2. Eu tento me distrair quando sinto emoções desprazerosas.	0 1 2 3 4
3. Quando falo com outras pessoas, estou ciente de suas expressões corporais e faciais.	0 1 2 3 4
4. Há aspectos sobre mim mesmo sobre os quais eu não quero pensar.	0 1 2 3 4
5. Quando tomo banho, estou ciente de como a água corre sobre meu corpo.	0 1 2 3 4
6. Eu tento ficar ocupado para evitar que pensamentos e sentimentos me venham à mente.	0 1 2 3 4
7. Quando estou alarmado, percebo o que ocorre dentro de meu corpo.	0 1 2 3 4
8. Eu gostaria de poder controlar minhas emoções mais facilmente.	0 1 2 3 4
9. Quando ando pela rua, tenho consciência dos cheiros e do ar tocando meu rosto.	0 1 2 3 4
10. Eu digo pra mim mesmo que não deveria ter certos pensamentos.	0 1 2 3 4
11. Quando alguém me pergunta como estou me sentindo, posso identificar	0 1 2 3 4

minhas emoções facilmente.	
12. Há coisas sobre as quais eu tento não pensar.	0 1 2 3 4
13. Tenho consciência dos pensamentos que estou tendo quando meu humor muda.	0 1 2 3 4
14. Eu digo a mim mesmo que não deveria me sentir triste.	0 1 2 3 4
15. Eu percebo mudanças dentro de meu corpo, como meu coração batendo mais rápido ou meus músculos ficando tensos.	0 1 2 3 4
16. Se há algo que não quero pensar, eu tento fazer várias coisas para tirar isso da minha mente.	0 1 2 3 4
17. Sempre que minhas emoções mudam, imediatamente eu me torno consciente delas.	0 1 2 3 4
18. Eu tento deixar os meus problemas fora de minha mente.	0 1 2 3 4
19. Quando falo com outras pessoas, estou consciente das emoções que experiencio.	0 1 2 3 4
20. Quando lembro de algo ruim, eu tento me distrair para fazer aquilo ir embora.	0 1 2 3 4

Anexo 4

GHQ-12 (General Health Questionnaire)

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, VOCÊ TEM...

1. Perdido muito o sono por preocupação?

De jeito nenhum	Não mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Muito mais que de costume
-----------------	-------------------------	------------------------------	---------------------------

2. Se sentido constantemente nervoso/a e tenso/a?.

De jeito nenhum	Não mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Muito mais que de costume
-----------------	-------------------------	------------------------------	---------------------------

3. Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------	----------------------------

4. Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos útil que de costume	Muito menos útil que de costume
--------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------------------

5. Sido capaz de enfrentar seus problemas?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos capaz que de costume	Muito menos capaz que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------------

6. Se sentido capaz de tomar decisões?

Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos capaz que de costume	Muito menos capaz que de costume
--------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------------

7. Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

8. Se sentido feliz de um modo geral?

Mais do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos do que de costume
------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------------

9. Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

Mais do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos do que de costume
------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------------

10. Se sentido triste e deprimido/a?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

11. Perdido a confiança em você mesmo?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

12. Se achado uma pessoa sem valor?

De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
-----------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

11. REFERÊNCIAS

Arenas-Montreal L, Hernández-Tezoquipa I, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos: health institutions and physicians' self-care. *Salud Pública Méx.* 2004;46(4):326-32.

Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. *Interface.* 2004/2005;16:39-52.

Atanes AC, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, Kozasa EH, Soler J, Cebolla A, Garcia-Campayo J, Demarzo MM. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med.* 2015;15:303.

Asuero AM, Queraltó, JM, Pujol-Ribera E, Berengue A, Rofriguez-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;34(1):4-12.

Aucoin M, Lalonde-Parsi MJ, Cooley K. Mindfulness-based therapies in the treatment of functional gastrointestinal disorders: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:140724.

Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface.* 2004;8(14):73-92.

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

Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J Marital Fam Ther.* 2007;33(4):482-500.

Barros VV, Kozasa EH, Souza ICWD, Ronzani TM. Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2014;30(3):317-27.

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

Boortein S. The use of bibliotherapy and mindfulness meditation in a psychiatric setting. *J Transpersonal Psychol.* 1983;15:173-9.

Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang YY, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2011;108(50):20254-9.

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

Bub MBC. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(n. spe):152-7.

Campayo J, Demarzo M. *Manual prático Mindfulness: curiosidade e aceitação.* Tradução de Denise Sanematsu Kato. São Paulo: Palas Athena; 2015.

Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Self-expansion as a mediator of relationship improvements in a mindfulness intervention. *J Marital Fam Ther.* 2007; 33(4):517-28.

Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment.* 2008;15(2), 204-223.

Chiesa, A. The difficulty of defining mindfulness: current thought and critical issues. *Mindfulness.* 2013;4(3):255-68.

Coaching e Mindfulness. [Citado 08 jun 2015]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/coaching-e-mindfulness/87485/>.

Coatsworth JD, Duncan LG, Nix RL, Greenberg MT, Gayles JG, Bamberger KT, Berrena E, Demi MA. Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Dev Psychol.* 2015;51(1):26-35.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65(4):564-70.

Davison RJ, Lutz A. Buddha's brain: neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Process Mag.* 2008;25(1):176-74.

Deatherage G. The clinical use of “mindfulness” meditation techniques in short-term psychotherapy. *J Transpersonal Psychol.* 1975;7:133-43.

Demarzo MPD. Meditação aplicada à saúde. *PROMEF – Biblioteca Virtual*, ciclo 6, módulo 1, maio 2012. [citado 18 out 2013]. Disponível em: <http://mindfulnessbrasil.files.wordpress.com/2011/05/promef-meditac3a7c3a3o-2011.pdf>.

Dryden W, Still A. Historical aspects of mindfulness and self-acceptance in psychotherapy. *J Ration-Emot Cogn-Behav Ther*. 2006;24(1):3-82.

Fenigstein A. Self-consciousness and its relation to psychological mindedness. In: McCallum M, Piper WE, editors. *Psychological mindedness: a contemporary understanding*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1997. p. 105-31.

Foureur M, Besley K, Burton G, Yu NC. Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *J. Contemp Nurse*. 2013; 45(1):114-25.

Gilbert D, Waltz J. Mindfulness and health behavior. *Mindfulness*. 2010;1:227-34.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163(2):166-9.

Handson, R; Mendius R. *O cérebro de Buda: neurociência prática para a felicidade*. Tradução de Bianca Albert. São Paulo: Alaúde Editorial; 2012. p. 21.

Hayes SC. Acceptance & commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004;35:639-65.

Hayes SC, Stroschl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press; 1999.

Hirayama MS. *Freiburg Mindfulness Inventory: adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil* [tese]. Campinas: UNICAMP; 2014.

Hirayama MS, Milani D, Rodrigues RCM, Barros NF, Alexandre NMC. A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do *Freiburg Mindfulness Inventory*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(9):3899-914.

Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 2011;30;191(1):36-43.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade De São Paulo. Unidades Hospitalares: SAMSS - Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores. [citado 17 mar 2013]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/samss/>.

Hubbling A, Reilly-Spong M, Kreitzer MJ, Gross CR. How mindfulness changed my sleep: focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:50.

Hülshager UR, Alberts HJ, Feinholdt A, Lang JW. Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *J Appl Psychol*. 2013;98(2):310-25.

Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15(2):61-6.

Jackson SA, Csikszentmihalyi M. *Flow in sports: the key to optimal experience and performances*. Champaign: Human Kinetics; 1999.

Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta; 1990.

Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lederking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety. *Am J Psychiatry*. 1992;149(7):936-43.

Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Am Psych Assoc D12*. 2003;10:144-56.

Kabat-Zinn J. Bringing mindfulness to medicine: an interview with. *JAMA*. 2008;300(11):1350-2.

Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *J Altern Complement Med*. 2015;21(8):496-503.

Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1041-56.

Lages MN, Castilhos DC, Callegari R, Castro INV, Santos BS. Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção do autocuidado com a saúde. PUCRS; 2007. [citado 17 dez 2015]. Disponível em: http://www.pucrs.br/faced/promot/aspectos_motivacionais_da_relacao_entre_profissionais_e_pacientes_para_a_promocao_do_autocuidado_com_a_saude.pdf

Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20.

Loyola VT. *Evidências de validade do Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) em população de profissionais da atenção primária à saúde, e correlações com medidas de autocompaixão* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.

Luders E, Thompson PM, Kurth F. Larger hippocampal dimensions in meditation practitioners: differential effects in women and men. *Front Psychol*. 2015;6:186.

Marchand WR. Neural mechanisms of mindfulness and meditation: evidence from neuroimaging studies. *World J Radiol*. 2014;6(7):471-9.

Marlatt GA, Donovan DM. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Martires J, Zeidler M. The value of mindfulness meditation in the treatment of insomnia. *Curr Opin Pulm Med*. 2015;21(6):547-52.

Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005. p.41-55.

Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. [Citado 08 set 2015]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/20733/12997>.

Medeiros US, Pulido MR. Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2011;49:3.

Menezes CB, Dellaglio DD. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicol Estudo*. 2010;14(3):565-73.

Menezes PR, Silva ATC. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5): 921-929.

Muller MR, Guimaraes SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol.* 2007;24:519-28.

Nyklíček I, Dijkman SC, Lenders PJ, Fontein WA, Koolen JJ. A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *J Behav Med.* 2014;37(1):135-44.

Nyklicek I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med.* 2008;35:331-40.

Pondé M, Caroso C. Lazer como fator de proteção da saúde mental / Leisure as a protective factor for mental health. *Rev Ciênc Méd (Campinas).* 2003;12(2):163-72.

Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB). Ações, Programas e Estratégias: Práticas integrativas e Complementares. [citado 17 mar 2013] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php.

Rapgay L, Bystrisky A. Classical Mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application. *Ann NY Acad Sci.* 2009;1172:148-62.

Reid C, Gill F, Gore NB, Brad S. New ways of seeing and being: evaluating an acceptance and mindfulness group for parents of young people with intellectual disabilities who display challenging behavior. *J Intellect Disabil.* 2015; may20. [Epub ahead of print].

Rosch E. More than mindfulness: when you have a tiger by the tail, let it eat you. *Psychol Inquiry.* 2007;18(4):258-64.

Rocha Junior PR, Corrente JE, Hattor CH, De Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, Miguel JP, Galiego ET. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3131-7.

Salgado MI. Saúde e espiritualidade. UFMG; 2006. [citado 17 dez 2015]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1551/segunda.shtml>.

Segal ZJ, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapses*. New York (NY): Guilford Press; 2002.

Scheier MF, Carver SC. The Self-Consciousness Scale: a revised version for use with general populations. *J Applied Soc Psychol*. 1985;15(8):687-99.

Shapiro S, Astin J, Bishop S, Córdova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. *Int J Stress Manage*. 2005;12(2):164-76.

Shear J, Jeving R. Pure consciousness: scientific exploration of meditation techniques. In: Varela FJ, Shear J, editors. *The view from within*. Thorverton: Imprint Academics; 1999. p. 189-209.

Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):921-9.

Silveira Acosta, Castro TG, Gomes WB. Adaptação e validação da Escala Filadélfia de Mindfulness para adultos brasileiros. *Psico-USF*. 2012;17(2):215-23.

Statacorp. STATA ® 12.0. *Statistics and data Analysis*. Texas; 1985-2011.

Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther.* 1995;33:25-39.

Teixeira Júnior MAB, Sferra LFB, Bottcher LB. A importância do lazer para a qualidade de vida do trabalhador. [citado 27 out 2015]. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/sumario/2012/downloads/2012/saude/a%20import%c3%82ncia%20do%20lazer%20para%20a%20qualidade%20de%20vida%20do%20trabalhador.pdf>.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1732-42.

Van der Zwan JE, De Vente W, Huizink AC, Bögels SM, de Bruin EI. Physical activity, mindfulness meditation, or heart rate variability biofeedback for stress reduction: a Randomized Controlled Trial. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2015;40(4):257-68.

Vandenberghe L, Sousa ACA. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Rev Bras Ter Cogn.* 2006;2(1):35-44.

Vandenberghe L, Assunção AB. Concepções de mindfulness em Langer e Kabat- Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos.* 2009;2(2):124-35.

Wachs K, Cordova JV. Mindful relating: exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *J Marital Fam Ther.* 2007;33(4):464-8.

Williams M, Penman D. *Atenção plena*. Tradução de Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Sextante; 2015.

Wilson KG, Bordieri MJ, Flynn MK, Lucas NN, Slater RM. Understanding acceptance and commitment therapy in context. In: Herbert JD, Forman EM, editors. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. Hoboken: Wiley; 2010.