FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Shirlene Aparecida Lopes

***Mindfulness* e dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com
auxiliares e técnicos de enfermagem**

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

Programa de Ciências Médicas
Área de concentração: Educação e Saúde
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do
Patrocínio Tenório Nunes

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2017**

Shirlene Aparecida Lopes

***Mindfulness* e dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com
auxiliares e técnicos de enfermagem**

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

Programa de Ciências Médicas
Área de concentração: Educação e Saúde
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do
Patrocínio Tenório Nunes

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Lopes, Shirlene Aparecida

Mindfulness e dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem / Shirlene Aparecida Lopes. -- São Paulo, 2017.

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

Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientadora: Maria do Patrocínio Tenório Nunes.

Descritores: 1.Atenção plena 2.Dor crônica 3.Enfermagem 4.Saúde do trabalhador 5.Doenças musculoesqueléticas 6.Terapias complementares

USP/FM/DBD-186/17

*Dedico esta pesquisa à Enfermagem, principalmente
pelos esforços dos voluntários que concluíram o
programa, garantindo a experiência e os resultados
deste estudo; aos que tentaram, mas não
conseguiram participar do programa e àqueles que,
de maneira direta ou indireta, apoiaram os seus
colegas durante as ausências nos setores.*

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus, por favorecer o encontro com tantas pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para que fosse possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais e demais membros da minha família por todos os ensinamentos e situações vivenciadas que me despertaram para a busca do bem comum e pela paz.

À Profª Dra. Maria do Patrocínio Nunes, pelo privilégio de ser sua orientanda. Por acreditar e me apoiar em todos os momentos, por todo seu exemplo de vida que tanto me inspirou durante a trajetória deste estudo.

À Fundação CAPES, ao proporcionar a bolsa de Mestrado garantindo uma dedicação quase que integral neste estudo.

À diretoria técnica do serviço de saúde do HC-FMUSP, especialmente à Enfª Dra. Carmen Mohamad Rida Saleh, por acreditar e apoiar a proposta desta pesquisa em prol da saúde dos trabalhadores da enfermagem, e por toda a sua contribuição.

À diretoria da Divisão de Enfermagem do Serviço de Emergência do ICHC, sob coordenação do Enfº Dr. Carlos Luis Benites Canhada, por também acreditar na proposta de cuidado aos seus funcionários, pelo acolhimento e por disponibilizar um local para a realização das práticas de *mindfulness*.

Ao Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores - SAMSS, pela parceria e ajuda nos levantamentos dos casos, e por todas as reflexões e esclarecimentos sobre a dinâmica de trabalho e atividades desenvolvidas nos setores.

A toda a equipe da Clínica Médica do AGD, principalmente às secretárias e aos Professores Doutores Alfredo Almeida Pina de Oliveira e Jurandir Godoy Duarte que sempre se dispuseram a me ajudar com sorrisos nos rostos e olhares acolhedores, fazendo com que eu me sentisse parte daquele setor.

Ao Dr. Vicente Sarubbi Junior pelo acolhimento e contribuição nas análises qualitativas deste estudo, sempre com tanto incentivo e paciência.

Ao Prof^o Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo e toda sua equipe, minha gratidão durante o período de voluntariado no Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde da UNIFESP, por todo conhecimento adquirido e pela oportunidade de hoje ser facilitadora de *Mindfulness*.

Ao Dr. Ângelo Geraldo José Cunha, por toda sua dedicação e entusiasmo nas análises estatísticas.

À querida Bruna Pesce Vannucchi, por toda sua sabedoria e valiosas contribuições.

Aos restaurantes universitários da Escola de Enfermagem e da Saúde Pública, que me alimentaram por tantas vezes, proporcionando mais tempo para a realização das minhas tarefas.

Aos colegas Abílio, Amanda, Bia, Camila, Léo e Thaís, pela contribuição nas diversas tarefas, principalmente pelas trocas de conhecimentos e experiências.

Ao meu namorado Ricardo, pela paciência e incentivo ao me ajudar a refletir sobre a minha missão nessa trajetória, mantendo a chama que norteia a Fé Bahá'í acesa, mesmo diante dos momentos mais sombrios.

À amiga Luciana Fava Madergan, por revisar este trabalho e participar de mais esta etapa na minha vida.

Estendo minha gratidão à toda equipe de enfermagem do ICHC, pela paciência, colaboração e por me ajudar compreender melhor o processo de trabalho desta categoria que tanto se dedica ao cuidado do seu próximo.

“A Promoção da Saúde efetua-se pelo e com o povo,
e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto as
habilidades das pessoas para agir, como a
capacidade dos grupos, organizações e
comunidades para exercer influência sobre os
determinantes da saúde”

Promoção da Saúde no século XXI
Declaração de Jacarta, 1997
4ª Conferência, Indonésia

Esta dissertação 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 apresentações de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise 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*.

LISTA DE SÍGLAS

AGD	Agendamento Geral Didático
BDI	<i>Beck Depression Intervention</i>
CID-M	Código Internacional de Doenças - Muscular
DEICHC	Divisão de Enfermagem do Instituto Central do Hospital das Clínicas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPCD	Escala de Pensamentos Catastróficos Sobre Dor
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HUB	Hospital Universitário Brasileiro
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço Estado
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MAAS	<i>Mindful Attention Awareness Scale</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Programa Adaptado de <i>Mindfulness</i>
PAMB	Prédio dos Ambulatórios
P.S.	Pronto Socorro
QNSO	Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares
SELFCS	<i>Self-. Compassion Scale</i>
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho
IBMs	Intervenções Baseadas em <i>Mindfulness</i>
UNIFESP	Universidade Federal do Estado de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life - Bref</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Versão revisada e traduzida do modelo de medo e esquiva da dor crônica e a regra da meditação da mente alerta sendo mediador entre a experiência dolorosa e a dor catastrófica.....	23
Figura 2	Versão traduzida dos componentes básicos da técnica de meditação.....	26
Figura 3	Percentual de licenças concedidas pelo SESMT – HCFMUSP, por categoria profissional em setores de Institutos do Complexo HCFMUSP.....	35
Figura 4	Fluxograma dos participantes do estudo.....	38
Figura 5	Representação gráfica da distribuição dos participantes com restrição e não restrição para exercer a função por setor e turno de trabalho.....	39
Figura 6	Distribuição em porcentagem de licenças por área.....	40
Figura 7	Diagrama do estudo.....	46
Figura 8	Representação gráfica QNSO – Últimos 7 dias do Grupo Total.....	59
Figura 9	Representação gráfica IDATE-T.....	60
Figura 10	Representação gráfica BDI.....	60
Figura 11	Representação gráfica EPCD.....	61
Figura 12	Representação gráfica MAAS.....	61
Figura 13	Representação gráfica SELFCS.....	62
Figura 14	Representação gráfica WHOQOL-Bref.....	62
Figura 15	Nuvens de frequência de palavras dos relatos (T1) e entrevistas (T2).....	74
Figura 16	<i>Cluster</i> de palavras dos relatos - Análise hierárquica por similaridade – coeficiente de Jaccard.....	75
Figura 17	Cluster de palavras das entrevistas - Análise hierárquica por similaridade – coeficiente de Jaccard.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Mecanismos e instruções das práticas e áreas associadas no cérebro estimuladas pela prática da atenção plena.....	22
Tabela 2	Andares e Denominação dos Setores do ICHC.....	39
Tabela 3	Programa adaptado de <i>mindfulness</i> para atividades semanais.....	43
Tabela 4	Tamanho amostral mínimo calculado para aplicação dos instrumentos de avaliação.....	48
Tabela 5	Apresentação e caracterização dos sujeitos das entrevistas – T2.....	52
Tabela 6	Perfil sócio-demográfico das participantes do estudo.....	55
Tabela 7	Características trabalhistas gerais.....	56
Tabela 8	Dados referentes ao horário de participação da intervenção e às faltas justificadas.....	57
Tabela 9	Descrição estatística das variáveis nos diferentes tempos do estudo: pré- e pós- intervenção (T0 - T1) e follow up de três meses – 20 semanas (T2) por análise ANOVA de medidas repetidas e Bonferroni.....	58
Tabela 10	Categorias temáticas em dois momentos do estudo (T1 e T2).....	77

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 <i>Mindfulness</i> no Contexto da Saúde.....	20
1.2 Meditação: conceitualização e operacionalização na saúde.....	24
1.3 Saúde do Trabalhador.....	26
1.4 Uma breve conceitualização e situação dos distúrbios osteomusculares na enfermagem.....	27
1.5 Dor como um conflito intrapessoal.....	30
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos.....	33
3 METODOLOGIA DO ESTUDO.....	34
3.1 Tipo de estudo	34
3.2 Ambiente do estudo.....	34
3.3 Caracterização dos setores da enfermagem incluídos no estudo.....	34
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	36
3.5 Caracterização dos sujeitos e coleta de dados.....	36
3.6 Determinação do tamanho amostral necessário para provar a hipótese.....	40
3.7 Programa adaptado de <i>mindfulness</i> (PAM).....	41
3.7.1 Materiais e equipamentos de apoio para as práticas supervisionadas.....	44
3.8 Método de avaliação para o estudo.....	45
3.8.1 Método quantitativo.....	45
3.8.1.1 Instrumentos de avaliação quantitativa.....	46
3.8.2 Método qualitativo.....	49
3.8.2.1 Observação participante.....	49
3.8.2.2 Procedimentos para o registro e as análises dos relatos e das entrevistas.....	51
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	55
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS QUALITATIVOS.....	63
5.1 Relatório do Diário de Campo – Observação Participante.....	63

5.1.2 Chegada nos setores da enfermagem.....	63
5.1.3 Alguns procedimentos operacionais padrão no serviço de enfermagem nos setores.....	64
5.1.4 O ambiente de trabalho.....	67
5.1.5 Percepção da equipe dos setores diante da proposta do programa de <i>mindfulness</i>	68
5.2 Apresentação da análise das nuvens e <i>clusters</i> de palavras – Relatos e Entrevistas.....	74
5.2.1 Nuvens de palavras dos relatos e entrevistas.....	74
5.2.2 <i>Cluster</i> de palavras - Análise hierárquica por similaridade (<i>cluster</i> multinível).....	75
5.3. Análise temática dos relatos e entrevistas.....	76
5.3.1 Desafios encontrados no percurso do PAM.....	77
5.3.1.1 Carga física e emocional do trabalho e desafios para a participação no PAM.....	77
5.3.2 Características que dificultaram e facilitaram as práticas.....	79
5.3.2.1 Dificuldades para adesão e manutenção das práticas.....	79
5.3.2.2 Facilidades para adesão e manutenção das práticas.....	80
5.3.3 Benefícios atingidos (T1) e mantidos (T2) com o programa.....	82
5.3.3.1 Aspectos físicos e emocionais da dor: manejos e mudanças.....	82
5.3.3.2 Apropriação da atenção plena e a importância do autocuidado.....	83
5.3.3.3 Estratégias adotadas para as práticas de <i>mindfulness</i>	84
5.3.3.4 Mudanças relacionadas à qualidade de vida.....	84
5.4 Considerações das participantes para a continuidade do PAM.....	85
6 DISCUSSÃO.....	86
7 CONCLUSÃO.....	100
Anexo A – Inventário de Ansiedade Traço Estado – IDATE-T.....	102
Anexo B – Inventário de Depressão de Beck – BDI.....	103
Anexo C – Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares – QNSO	105
Anexo D – Escala de Pensamentos Catastróficos Sobre Dor – EPCD.....	106
Anexo E – Escala de Atenção Plena e Consciência – MAAS.....	107
Anexo F – Escala de Autocompaixão – SELFCS.....	108
Anexo G – Questionário de Qualidade de Vida – WHOQOL-Breve.....	110

8 REFERÊNCIAS..... 115

Apêndice A – Aprovação do estudo pelo CEP

Apêndice B – Inventário Sociodemográfico

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice D – Ficha de Evolução Recordatória

Apêndice E – Declaração de participação fora da jornada de trabalho

Apêndice F – Termo de Uso de Imagem, Voz e Depoimento

Apêndice G: Questionário para Entrevista três meses após o PAM – (T2)

RESUMO

Lopes SA. *Mindfulness* e dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: Fatores que levam a queixas musculoesqueléticas entre profissionais de enfermagem tem sido objeto de várias pesquisas científicas, apontando a necessidade de estratégias no ambiente de trabalho, que promovam saúde para minimizar este cenário emergente. Os programas baseadas em *mindfulness* - atenção plena - tem demonstrado resultados promissores em aspectos clínicos e não clínicos da saúde, inclusive no manejo da dor crônica. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de um Programa Adaptado de *Mindfulness* (PAM) como estratégia complementar no manejo da dor crônica originada por distúrbios osteomusculares, em auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário público brasileiro, bem como a implementação do programa por meio de uma gestão colaborativa e a inserção das práticas na rotina dos participantes. **Método:** Realizou-se um ensaio aberto, prospectivo, com análises quantitativa e qualitativa no ambiente de trabalho com 64 trabalhadoras mulheres, entre 25 e 68 anos, Média= 47, DP= 9,50. Todas as participantes apresentaram queixas musculoesqueléticas por mais de seis meses, participaram de ao menos cinco dos oito encontros presenciais, com uma hora de duração para cada sessão e se comprometeram a realizar tarefa diária de 20 minutos de prática individual. Um questionário sócio-demográfico foi aplicado no momento da inclusão do estudo. Para as medidas quantitativas do estudo foram aplicadas escalas de autorrelato que avaliam os níveis dos sintomas das queixas musculoesqueléticas (QNSO), ansiedade (IDATE –T), depressão (BDI), pensamentos catastróficos sobre a dor (EPCD), autocompaixão (SELFCS), atenção e consciência plenas (MAAS) e percepção da qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Todas as variáveis foram avaliadas pelos testes ANOVA de medidas repetidas e Bonferroni com pré-*follow up* (T0), pós- intervenção - oito semanas (T1) e após três meses do término do programa – doze semanas de *follow up* (T2). Para a avaliação

qualitativa foram produzidas notas descritivas e reflexivas a partir da observação participante nos setores estudados, bem como a análise temático-categorial de relatos (T1) e entrevistas semi-estruturadas (T2). **Resultados:** O PAM contribuiu na redução significativa ($p \leq 0,05$) dos sintomas osteomusculares, níveis de ansiedade, depressão e pensamentos catastróficos sobre a dor; aumento significativo nos níveis de autocompaixão e na percepção da qualidade de vida total, global e nos domínios físico e psicológico em (T0-T1). Não houve resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$) nos níveis de atenção e consciência plenas - MAAS e nos domínios relações sociais e meio ambiente – WHOQOL-Bref. As análises qualitativas dos relatos (T1) e entrevistas (T2) apontaram benefícios na dor e na qualidade de vida e um repensar sobre a necessidade do cuidar de si com estratégias, dentro da realidade subjetiva, para a inserção das práticas no cotidiano sugerindo a continuidade do PAM como ação factível e eficaz para a categoria estudada. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o PAM contribuiu para a redução dos sintomas físicos e emocionais da dor e melhora da qualidade de vida do público estudado. Os escores desde a pós-intervenção (T1) se mantiveram, ao menos por 20 semanas (T2), indicando a eficácia do PAM como estratégia complementar para o manejo da dor e melhora da qualidade de vida dos auxiliares e técnicos de enfermagem em ambiente hospitalar.

Descritores: atenção plena; dor crônica; enfermagem; saúde do trabalhador; doenças musculoesqueléticas; terapias complementares

ABSTRACT

Lopes SA. *Mindfulness* and pain in musculoskeletal disorders: an experience with nursing assistants and technicians [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017".

Introduction: Factors that lead to musculoskeletal complaints among nursing professionals have been the subject of several scientific researches, pointing out the need for strategies in the work environment to promote health and minimize this emerging scenario. Mindfulness-based programs have shown promising results in clinical and non-clinical aspects of health, including management of chronic pain. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a Mindfulness Adapted Program (MAP) as a complementary strategy in the management of chronic pain caused by musculoskeletal disorders in nursing assistants and technicians of a Brazilian public university hospital, as well as the implementation of the program through a collaborative management and the insertion of the practices in the routine of the participants. **Method:** An open, prospective, quantitative and qualitative analysis was performed in the work environment with 64 women workers, age between 25-68 years, Mean= 47, SD= 9.50. A socio-demographic questionnaire was applied at the time of the inclusion of the study. All participants presented musculoskeletal complaints for more than six months, participated in at least five of the eight face-to-face meetings, with an hour of duration for each session and committed to perform daily task of 20 minutes of individual practice. For the quantitative measures of the study, self-report scales were used to evaluate the levels of symptoms of musculoskeletal complaints (NMQ), anxiety (STAI), depression (BDI), catastrophic thoughts on pain (PCS), self-compassion (SELFCS), attention and awareness (MAAS) and perception of quality of life (WHOQOL-Bref). All variables were evaluated by repeated measures ANOVA and Bonferroni with pre-follow up (T0), post-intervention - eight weeks (T1) and three months after the end of the program - twelve weeks of follow up (T2). For the qualitative evaluation, descriptive and reflexive notes were produced based on participant

observation in the studied sectors, as well as the thematic-categorical analysis of reports (T1) and semi-structured interviews (T2). **Results:** MAP contributed to the significant reduction ($p \leq 0.05$) of musculoskeletal symptoms, anxiety levels, depression and catastrophic thoughts about pain; significant increase in the levels of self-compassion and in the perception of total, global quality of life and in the physical and psychological domains in (T0-T1). There were no statistically significant results ($p > 0.05$) at full attention and consciousness levels - MAAS and in the social relations and environment domains - WHOQOL-Bref. The qualitative analyzes of the reports (T1) and interviews (T2) showed benefits in pain and quality of life and a rethinking about the need to take care of oneself with strategies, within the subjective reality, for the insertion of daily practices suggesting continuity of MAP as an action feasible and effective for the category studied. **Conclusion:** The results suggest that MAP contributed to the reduction of physical and emotional symptoms of pain and improvement of the quality of life of the studied public. The post-intervention (T1) scores were maintained for at least 20 weeks (T2), indicating the efficacy of MAP as a complementary strategy for pain management and improvement of the quality of life of nursing assistants and technicians in a hospital setting.

Descriptors: mindfulness; chronic pain; nursing; occupational health; musculoskeletal diseases; complementary therapies

1 INTRODUÇÃO

1.1 *Mindfulness* no Contexto da Saúde

As intervenções baseadas em *Mindfulness* (IBMs) têm sido alvo de inúmeras evidências científicas nos últimos anos, com resultados cada vez mais promissores no âmbito da saúde. No Brasil, apesar da crescente expansão, os estudos sobre o assunto ainda são considerados incipientes.

A palavra *mindfulness* é uma tradução da palavra *sati*, do idioma *páli*, um dos idiomas nos quais as mensagens de Buda foram escritas há cerca de 2.500 anos. Uma palavra polissêmica de difícil tradução por se tratar de um conceito mais aprofundado do budismo. No ocidente, *mindfulness* tem sido traduzido para o português como “atenção plena” ou “consciência plena”¹.

Nos atuais contextos de pesquisa, meditação *mindfulness* é geralmente definida como o cultivo da atenção, sem julgamento das experiências, no momento presente². Bishop *et al.* sugerem um modelo de dois componentes da atenção, onde o primeiro é a regulação da atenção, de modo a mantê-la no momento presente; o segundo componente envolve a aproximação da experiência com uma orientação de abertura, curiosidade e aceitação³.

A primeira intervenção no Ocidente utilizando técnicas da mente alerta, ou *mindfulness*, como abordagem terapêutica se iniciou na década de 1970 por Jon Kabat-Zinn e colegas na Universidade de Massachusetts, EUA. Os pesquisadores fomentaram um programa estruturado para redução de estresse incluindo a dor crônica, chamado de programa *mindfulness* baseado na redução de estresse (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*)⁴.

Naquele estudo, os pacientes apresentavam quadro crônico de dor nas costas, pescoço, ombro e dor de cabeça. Os participantes se reuniam semanalmente por aproximadamente duas horas e meia para a prática de um conjunto de técnicas ou exercícios mentais. Os resultados sugeriram que as práticas da meditação facilitaram melhora do quadro algico, promovendo redução da dimensão sensorial da dor e do sofrimento, frente ao estímulo doloroso, quando os participantes adotaram uma postura mais consciente⁴.

As principais técnicas utilizadas nas IBMs têm sido a atenção plena na respiração, escaneamento corporal, caminhada meditativa e movimentos conscientes, que utilizam posturas corporais consideradas leves, podendo ser realizadas por indivíduos com diferentes níveis de capacidade e limitações físicas. Estas práticas englobam a experiência no momento presente, nos pensamentos, emoções e sensações corporais, simplesmente observando como surgem e desaparecem⁵.

A partir do MBSR, outros programas baseados nas práticas da atenção ou consciência plena foram elaborados com enfoques específicos para determinadas situações e faixas etárias, como a prevenção de recaídas de depressão, recaídas de uso de drogas, nas desordens alimentares, violência doméstica, redução de estresse no ambiente do trabalho, prevenção de conflitos entre casais e no ambiente laboral, manejo da dor crônica, entre outros^{6,7}.

O instituto *Breathworks*, na Inglaterra, desenvolveu um programa baseado no modelo biopsicossocial com abordagens da atenção plena para o manejo da dor e da doença. Burch⁸ defende que as técnicas podem auxiliar o praticante a reagir de modo construtivo à sensação dolorosa ao considerar que os aspectos biológicos, sociais e psicológicos afetam diretamente a percepção e a forma com que a pessoa lida com a sensação álgica.

Demarzo e Campayo¹ apontam *mindfulness* como um estado ou característica da mente humana, uma condição presente em todas as pessoas, em maior ou menor grau, e usam técnicas meditativas como meios mais comuns para obter esse estado de consciência.

Os autores também defendem que níveis elevados de atenção ou consciência plena podem ser atingidos sem a necessidade de práticas meditativas. As técnicas de meditação objetivam o aprimoramento ou a reabilitação desta qualidade, inerente ao ser humano¹.

No artigo “*How does Mindfulness Meditation Work?*”, os autores verificaram na literatura alguns mecanismos emocionais que sofrem alteração com a prática da atenção plena: (a) regulação de atenção, (b) consciência do corpo, (c) regulação emocional e (d) mudança de perspectiva sobre o eu. Os autores também apontam que estudos de neuroimagem funcional e estrutural

começaram a explorar os processos neurocientíficos subjacentes a estes componentes com mudanças na neuroplasticidade em diferentes regiões cerebrais, ilustradas na Tabela 1 a seguir⁹.

Tabela 1 – Mecanismos e instruções das práticas e áreas associadas no cérebro estimuladas pela prática da atenção plena

Mecanismos	Instruções das práticas	Áreas associadas no cérebro
Regulação da atenção	Manter a atenção em determinados pontos.	Córtex cingulado anterior
Consciência corporal	Sustentar a atenção nas sensações corporais: respiração, emoções, etc.	Ínsula – junção têmporo-parietal
Regulação emocional	Criar novas formas de reações diante das emoções: sem julgar, aceitação.	Córtex pré-frontal (dorsal)
Regulação emocional	Exposição aos eventos da consciência: manter distância, sem se envolver com as experiências internas.	Amígdala e hipocampo
Mudança da perspectiva do eu	Desapego de uma imagem fixa de si mesmo.	Córtex cingulado posterior, ínsula

FONTE: Holzel *et al.*, 2011⁹.

Estudos documentam a eficácia das práticas no tratamento de uma série de condições clínicas, incluindo ansiedade^{10,11}, depressão^{10,12}, abuso de substâncias¹³, transtornos alimentares¹⁴ e dor crônica¹⁵. Além disso, *mindfulness* influencia positivamente aspectos de saúde física, incluindo a melhora da função imunológica^{16,17}, redução da pressão sanguínea e dos níveis de cortisol¹⁶ e aumento da atividade da telomerase¹⁸. A meditação tem sido usada com sucesso no tratamento de distúrbios e melhora da saúde, demonstrando efeitos positivos no bem-estar psicológico em indivíduos saudáveis, atuando na promoção, proteção da saúde^{19,20} e melhora do funcionamento cognitivo²¹⁻²⁴.

Na Universidade de Pittsburgh, Pensilvania, Morone *et al.*²⁵ avaliaram vários temas sobre a influência positiva da meditação *Mindfulness* sobre os aspectos algícos em pacientes acima de 65 anos, tais como a melhora na habilidade de atenção, sono, busca pela mudança de comportamento,

sensação de bem-estar, aumento da consciência corporal, melhora do humor e do controle da dor.

O estudo reconhece a prática como promissora em potencial no tratamento não farmacológico para dor crônica em pacientes idosos. Entretanto, pesquisas adicionais são necessárias para determinar o funcionamento e eficácia da meditação como técnica para reduzir as dores crônicas²⁵.

As práticas de *mindfulness* podem influenciar diretamente a capacidade da pessoa para extinguir o medo condicionado, melhorando a integridade estrutural e funcional da rede do cérebro envolvida na sinalização de segurança. As considerações neurocientíficas dão suporte à visão de que a extinção do medo poderia ser um dos efeitos benéficos na prática da atenção plena^{26,27}.

Figura 1 - Versão revisada e traduzida do modelo de medo e esquiva da dor crônica e a regra da meditação da mente alerta sendo mediador entre a experiência dolorosa e a dor catastrófica. Adaptado de “*Fear avoidance and its consequences in musculoskeletal pain: a state of the art*”.
FONTE: Vlaeyen, Linton, 2000²⁸.

Em 2010, Schütze *et al.*²⁹ examinaram a influência da prática de *mindfulness* na dor aguda em adolescentes, com ou sem experiência de dor

prévia. A Figura 1 mostra a influência da meditação da mente alerta transformando um ciclo vicioso, com aspectos de disfunção emocional e funcional, em um ciclo virtuoso, por meio da prática da atenção plena. O estudo aponta que a maneira de encarar a sensação dolorosa interfere positiva ou negativamente no processo de recuperação da dor crônica e que a prática contribui positivamente nesse processo.

Em 2003, Baer²⁶ revisou vários estudos apontando a prática da meditação da mente alerta como uma intervenção benéfica diante da minimização dos quadros algícos, bem como sua interferência positiva em muitas outras enfermidades. Um modelo conceitual para o tratamento psicoterapêutico diante da experiência da dor crônica, aponta a meditação no contexto de um modelo prático e possível para conceituar e tratar a dor³⁰.

A prática da atenção plena permite conhecer o mundo interno e externo com mais clareza, o que facilita atitudes mais sábias na decisão de transformar o que precisa ser transformado³¹.

1.2 Meditação: conceitualização e operacionalização na saúde

Meditação pode ser entendida como uma profunda concentração em algum foco de atenção, uma habilidade que todo ser humano possui, sendo fundamental não apenas para a sobrevivência, como também para o sucesso em qualquer aspecto da vida. A meditação pode trazer paz e felicidade ao atuar na transformação de comportamento do ser humano pelas práticas, (re) adquirindo uma qualidade de consciência que conduz à mudança no âmbito pessoal e interpessoal, em um sereno confronto com a realidade. Inclui a sensação de paz mental e harmonia universal que incorpora os princípios da não violência⁶.

No Brasil, a partir de 2006, as práticas meditativas foram reconhecidas e inseridas pela Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde como instrumento terapêutico que traz benefícios cognitivos, físicos e emocionais ao praticante³².

A meditação visa observar e perceber o funcionamento da mente, não se tratando de uma questão de análise, mas de percepção. Conforme

Cardoso³³, toda a técnica de meditação utilizada conduz a um conhecimento da mente para se atingir o estado meditativo. É assim, como uma técnica sem vínculo espiritual ou religioso, que a meditação vem conquistando seu espaço dentro das pesquisas na área da Saúde.

Em 2004, o Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), com ajuda de instrutores indianos, realizou um estudo que sistematizou os procedimentos básicos para aplicação da meditação como abordagem complementar e integrada na saúde (Figura 2). A técnica foi estruturada para estabelecer um protocolo e qualificar instrutores de meditação, sendo referência para outros estudos científicos ao reconhecer que a meditação deve conter e seguir cinco parâmetros operacionais básicos: (1) técnica específica, (2) estado autoinduzido, (3) foco de atenção ou “âncora”, (4) relaxamento da lógica, (5) relaxamento muscular³⁴.

1) Técnica específica: O instrutor deve apresentar a técnica de forma didática, sem variação nas instruções iniciais. Os efeitos diante das experiências podem variar de pessoa para pessoa³⁴.

2) Estado autoinduzido: Método terapêutico ensinado por um instrutor, mas autoaplicado pelo praticante em treinamento, sem criar dependência do instrutor durante as práticas individuais³⁴.

3) Foco de atenção ou “âncora”: Utiliza o foco da concentração ou âncora para evitar o envolvimento dos pensamentos indesejáveis, torpor, sono, estado de transe, etc. As âncoras podem focar num ponto específico do corpo, na parede, numa música instrumental, na respiração, dentre outros³⁴.

4) Relaxamento da lógica: Envolve o procedimento de não análise, sem tentar explicar os possíveis efeitos da prática; experiência sem julgamentos e sem expectativas em relação ao processo. Quando a lógica “relaxa”, o praticante presencia outro estado de consciência, denominado de “estado de autopercepção não sensorial”³⁴.

5) Relaxamento muscular: Em algum momento do processo, o estado do relaxamento psicofísico vai surgir, inibindo a ação simpática e ativando as vias parassimpáticas³⁴.

Figura 2 – Versão traduzida dos componentes básicos da técnica de meditação.
 FONTE: Cardoso *et al.*, 2004³⁴.

1.3 Saúde do Trabalhador

É no ambiente de trabalho que as pessoas consomem grande parte da sua existência, ambiente que necessita de um estado de vigilância e adaptação sob certas condições que podem ser consideradas nocivas à saúde. Muitas vezes, as exigências ultrapassam a capacidade física e mental, além de períodos prolongados de trabalho que podem gerar estresse e riscos de enfermidades com consequências para o profissional tanto dentro quanto fora do ambiente de trabalho³⁵.

Estudos sugerem a necessidade de pesquisas científicas sobre estratégias para a implementação de intervenções nos ambientes de trabalho, visando o cuidado dos profissionais no âmbito da promoção da saúde do trabalhador³⁶⁻³⁸.

Pausas durante a jornada de trabalho podem proporcionar benefícios, como o aumento da produtividade e a redução de custos e encargos causados por recidivas de afastamentos ou readaptações no ambiente de trabalho. Para que esse processo ocorra, o trinômio Estado-Empresa-Trabalhador deve atuar conjuntamente na responsabilização pela saúde do trabalhador e medidas programadas no ambiente laboral^{35,39}.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa³⁹ ressaltam a problemática atual no cenário da Saúde do Trabalhador com situações de violência no trabalho, muitas vezes ignoradas ou parcialmente enfrentadas. O crescente desenvolvimento das doenças causadas pelo exercício do trabalho, bem como o número crescente de afastamentos temporários ou prolongados tornaram-se enormes desafios da saúde pública no âmbito mundial^{35,36}.

1.4 Uma breve conceitualização e situação dos distúrbios osteomusculares na enfermagem

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (antigo LER – Lesão por Esforço Repetitivo) são, por definição, danos decorrentes de esforços excessivos impostos ao sistema músculo-esquelético, sem que ocorra tempo para sua recuperação, apresentando sintomas concomitantes ou não de dor, parestesia, sensação de peso e fadiga. A etiologia das DORT é multifatorial, apresentando riscos que não são necessariamente as causas diretas nesse processo; seus mecanismos de interdependência e interação devem ser sempre analisados de forma integrada⁴⁰.

O estudo multicêntrico realizado pela Universidade de Southampton, UK, analisou o impacto cultural e psicossocial nos sintomas osteomusculares em 47 grupos (idade média 20-59 anos) nas categorias de enfermagem, administrativos e outras funções com demandas físicas repetitivas, em 18 países nos seis continentes, totalizando 12.426 trabalhadores. Os resultados indicaram haver diferenças nos fatores de risco psicossocial, cultural, crenças e valores pessoais com riscos diferenciados dentre as diversas categorias estudadas, sendo a enfermagem a mais prevalente dentre os diversos países abordados na pesquisa⁴¹.

Nos países da União Européia, os distúrbios musculoesqueléticos são as principais causas de ausência no trabalho, com 60% de incapacidade permanente levando, portanto, a um impacto nas políticas públicas. Isso gerou a necessidade de implantação de diretrizes nacionais, priorizando estratégias para os profissionais afetados e medidas preventivas⁴²⁻⁴⁴.

Doenças do sistema osteomuscular se destacam entre as doenças dos trabalhadores de enfermagem, com maior frequência de dor lombar (71,5%), no pescoço (68%), ombros (62,3%) e pernas (54,6%) relacionadas à alta demanda física, psicossocial e condicionamento físico precário. Entre auxiliares de enfermagem, o cuidado aos pacientes apresentou o maior efeito na carga cumulativa em razão do tempo gasto ao se realizar essas tarefas³⁶.

Sarquis *et al.*⁴⁵ estudaram a prevalência dos sintomas osteomusculares nas diferentes categorias da área da saúde realizado em dois Hospitais Universitários Brasileiros. Os resultados da revisão sistemática apontam que os sintomas músculo esqueléticos representam a principal consequência diante da exposição aos riscos ergonômicos no local de trabalho, com significantes diferenças nos riscos de acidentes ocupacionais dentre as categorias estudadas. A enfermagem é a profissão que apresenta a maior prevalência para os sintomas osteomusculares por condições de trabalho inadequadas, quando comparadas às demais categorias da área da saúde.

No cenário nacional, Felli e Tronchin⁴³ mencionam as cargas às quais os trabalhadores de enfermagem são expostos. Todas as cargas a seguir apresentam como consequência algum componente emocional, acarretando graves problemas de saúde:

- Carga biológica: manipulação de pacientes com doenças infecciosas e parasitárias; material infectado; e contato com pequenos animais no ambiente de trabalho⁴³.
- Químicas: Manipulação e inalação de substâncias químicas; manipulação de medicamentos e inalação da fumaça de cigarro⁴³.
- Fisiológicas: Manipulação de pesos excessivos; trabalho em pé durante todo o turno; adoção de posições desconfortáveis; intenso ritmo de trabalho; longas distâncias a pé e trabalho em turnos e noturno⁴³.
- Psíquicas: Atenção constante; agressão psíquica; supervisão estrita; falta de criatividade e autonomia; abuso de drogas ilícitas e álcool; falta de comunicação; falta de defesa coletiva; intenso ritmo de trabalho; trabalho repetitivo e monótono⁴³.

- Cargas físicas: Radiação ionizante ou não; ruído; umidade e mudança de temperatura⁴³.

Em ambientes hospitalares, as cargas psíquicas e fisiológicas se destacam na categoria⁴².

Os fatores que favorecem o adoecimento entre auxiliares e técnicos de enfermagem por DORT têm sido alvo de várias investigações científicas^{44,46-48}. A alta exigência no ambiente laboral e não laboral aumentam as chances de desenvolver desconfortos musculoesqueléticos em algumas partes do corpo³⁵.

Em 2012, Lelis *et al.*³⁶ realizaram um estudo de revisão sobre a prevalência de dor ou desconforto musculoesquelético na enfermagem. Constataram que 96,3% dos trabalhadores de enfermagem referiram dor nos últimos 12 meses, e 73,1% nos últimos sete dias.

No mesmo estudo, uma investigação com cuidadores de idosos, dentre os quais auxiliares de enfermagem, mostrou que, do total de 43 sujeitos, 62,7% relataram dor osteomuscular no último mês. Dentre os motivos de adoecimento, 59,68% atribuem a causa a problemas osteomusculares. O maior número de licenças médicas na enfermagem foram devido às cervicalgias, lombalgia de esforço, tendinites e tenossinovite. DORT entre técnicos e auxiliares de enfermagem são mais frequentes quando comparados aos enfermeiros, já que os primeiros desempenham mais ações de cuidado direto aos pacientes. O DORT transformou o processo saúde-doença trazendo novas experiências, não apenas relacionadas à dor em decorrência de tais distúrbios, mas também às alterações, como mudanças no padrão de sono e repouso³⁶.

A adoção de métodos terapêuticos para combater a sintomatologia tem se tornado frequente diante do cenário epidêmico e crônico das queixas osteomusculares na enfermagem, o que favorece o risco de recidivas e/ou agravamento da enfermidade, ou seja, resultados em curto prazo, porém com efeitos prejudiciais a longo prazo^{46,49}.

Em seu estudo, Braz⁵⁰ comenta sobre a medicalização da vida e os aspectos negativos diante de atitudes que visam o alívio imediato dos sofrimentos. Essas estratégias têm se tornado cada vez mais comuns na

sociedade. Sennett⁵¹, por sua vez, aponta a necessidade de uma “âncora mental e emocional” para minimizar reações imediatistas e destrutivas.

1.5 Dor como um conflito intrapessoal

A dor como sintoma mais prevalente nas queixas osteomusculares pode ser definida como experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação subjetiva, variando de indivíduo para indivíduo. Conforme a *International Association for the Study of Pain*, (IASP), sentir dor envolve mecanismos físicos, emocionais e culturais^{52,53}.

A dor envolve mecanismos multidimensionais: aspectos afetivo-emocional, sensorial-discriminativo e avaliativo-cognitivos. As experiências prévias, cultura e crenças também podem influenciar na percepção subjetiva do processo da dor⁵⁴.

Estudos apontam que a dor tende a aumentar os níveis de vigilância sobre a sensação desagradável, comprometendo a atenção para as outras atividades⁵⁵, a redução das atividades rotineiras, os índices de absenteísmos que têm sido alarmantes e o comprometimento da efetividade no trabalho⁵⁶.

Grande parte do que o corpo sente é influenciado pelos pensamentos e emoções. Da mesma forma, tudo o que se pensa é refletido pelo que está ocorrendo no corpo. No caso da sensação álgica, desencadeiam-se padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos que, muitas vezes, são negativos e nocivos, porém, difíceis de evitar³¹.

O profissional da enfermagem, estando nesta condição, necessita muitas vezes de fazer escolhas como cuidar-se ou cuidar do seu próximo, situação incompatível que pode gerar sofrimento. Lunardi *et al.*³⁷ nos convida a refletir sobre o cuidado de si mesmo como critério que antecede o cuidado com o próximo na prática da saúde:

“Como podemos ser dirigentes de um grupo, de uma equipe, se sequer conseguimos dirigir a nós próprios? Aquele que pretende cuidar dos outros e dirigí-los (e nós, profissionais de saúde, comumente estamos nessa situação), antes de tudo, necessita demonstrar que sabe dirigir a si próprio, que conhece os limites do seu fazer, que respeita o outro como um ser diferente de si”³⁷.

Conflitos internos podem ser entendidos como sensações subjetivas, conscientes ou não, da contraposição entre as exigências internas do indivíduo: o que se quer fazer, o que o deve fazer e o que se consegue fazer. Essa oposição de exigências caracteriza o conflito intrapessoal, interno ou intrapsíquico⁵⁷. Esses desacordos, originados na mente humana são estudados como a primeira categoria nos estudos sobre conflito, tema essencial na disciplina dos estudos pela paz⁵⁸.

Os conflitos fazem parte do cotidiano e a maneira como os dilemas são encarados pode influenciar positiva ou negativamente na vida⁵⁹. Lederach⁶⁰, em seu estudo sobre o tema, defende que o conflito é uma situação normal e perene, inerente à condição humana, com grande impacto que leva à modificação das situações de uma maneira pessoal, relacional, estrutural e cultural.

A necessidade de aperfeiçoamento das habilidades para entender as causas do conflito implica na necessidade de voltar-se internamente, reconhecer e refletir sobre as próprias tendências, padrões e crenças para que se possa reposicionar o modo de enfrentamento das situações. Conflitos interpessoais podem carregar conteúdos intrapsíquicos não elaborados⁶⁰.

Os estudos atuais sobre a paz sugerem o acolhimento da situação conflituosa como possível potencial catalizador de crescimento. O método de transformação de conflitos na abordagem “elicitiva” extraída por Dietrich⁶¹ baseia-se principalmente na observação dos próprios limites físicos, emocionais, mentais e espirituais por meio da conscientização do momento presente, assim como a percepção cuidadosa da realidade circundante da nossa mente e da maneira como as emoções nela surgem. O presente estudo não aprofundará na temática de conflito.

Sendo assim, diante das poucas evidências na literatura sobre a influência destas práticas nos aspectos físicos e emocionais da dor na

população brasileira, o presente estudo hipotetiza que o programa adaptado de mindfulness (PAM) pode ser eficaz para a redução da dor, melhora da auto-compaixão, aspectos atencionais e percepção da qualidade de vida em auxiliares e técnicas de enfermagem, trabalhadoras de um Hospital universitário público (HUB).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia e a incorporação de um programa adaptado de *mindfulness* como estratégia complementar no manejo da dor nos sintomas osteomusculares em auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário brasileiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Implementar, por meio de um processo colaborativo entre as chefias, o programa adaptado de *mindfulness* como estratégia complementar no manejo da dor nos sintomas osteomusculares nos profissionais selecionados para o estudo;
- Avaliar aspectos físicos e emocionais relacionados com a dor, bem como níveis de atenção, auto compaixão e percepção da qualidade de vida;
- Avaliar o impacto e a incorporação das práticas no cotidiano dos participantes ao término do programa.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um ensaio clínico, não controlado, prospectivo, aberto e de medidas repetidas. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2015, com análises quantitativa e qualitativa.

3.2 Ambiente do estudo

O Hospital das Clínicas (HC), um complexo de 352.000 metros quadrados na cidade de São Paulo - SP, com aproximadamente 2.200 leitos que se distribuem entre os seis institutos especializados, dois hospitais auxiliares, uma divisão de reabilitação e um hospital associado.

Possui um corpo de aproximadamente 24.000 pessoas, sem contabilizar os prestadores de serviços terceirizados de limpeza, segurança e hotelaria⁶².

O Instituto Central, inaugurado em 1944, local onde foi realizada a pesquisa, é considerado o maior instituto especializado e foi o primeiro prédio a ser construído no complexo do HC. Ali situa-se também a Unidade de Emergência Referenciada que assiste os casos de alta complexidade e a maioria das especialidades de clínicas médicas e cirúrgicas.

No prédio dos ambulatorios (PAMB), localizam-se os setores que oferecem tratamentos ambulatoriais, apoio diagnóstico, terapêutico e cirúrgico aos pacientes⁶². A categoria da enfermagem totaliza 2.333, dos quais 1.500 são auxiliares e técnicos de enfermagem⁶³.

3.3 Caracterização dos setores da enfermagem incluídos no estudo

O estudo teve a colaboração das diretorias da Divisão de Enfermagem do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DEICHF-FMUSP) e do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do HC (SESMT), parcerias

consideradas de fundamental importância, na qualidade de membros gestores da Instituição⁴³.

Após a aprovação do estudo pelo comitê de Ética (Apêndice A), foi realizado, no mês de janeiro de 2015, em parceria com o SESMT/HC, um levantamento dos casos com limitação para exercer a função atribuída, considerados restritos, com sintomas de dor crônica por causas osteomusculares avaliadas segundo os critérios do código internacional de doenças CID 10 (M) – Código Internacional de Doenças – Muscular.

No ano de 2014, o SESMT acompanhou 567 casos de afastamentos pelo INSS em todo o complexo do HC, sendo 226 casos somente na categoria da enfermagem. No ICHC, de acordo com o CID 10 (M) e nas categorias auxiliar e técnico de enfermagem houve um total de 28 casos de afastamentos do trabalho com acompanhamentos pelo setor⁶³.

A Figura 3 a seguir ilustra a distribuição das licenças médicas no ano de 2014 em setores e Institutos que compõem o ICHC e o complexo hospitalar. Observa-se que dois setores (segunda e terceira colunas) estão em branco, por não terem sido fornecidos pelo SESMT.

Figura 3 – Percentual de licenças concedidas pelo SESMT – HCFMUSP, por categoria profissional em setores de Institutos do Complexo HCFMUSP.
FONTE: SESMT/HCFMUSP, informação fornecida em 05/01/2015⁶³.

No mês de fevereiro/2015, após o levantamento pelo SESMT, a proposta do estudo foi apresentada e discutida com os enfermeiros-chefes de

alguns setores da Enfermagem do ICHC. Nessa etapa, buscou-se identificar setores interessados na proposta da intervenção para o cuidado dos seus funcionários no período de quatro meses, com oito encontros semanais para a prática de *mindfulness* como estratégia para o manejo da dor, considerando a demanda e realidade dos setores de trabalho da enfermagem.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa para o estudo respeitou os seguintes itens:

- Apresentar sintomas de dor osteomuscular persistente por um período superior a seis meses;
- Serem profissionais ativos nas respectivas funções com faltas recorrentes de curto prazo (não restritos) ou com adaptação parcial ou total da função (restritos);
- Ter disponibilidade para participar dos encontros semanais de uma hora de duração no período de oito semanas consecutivas para as práticas presenciais, bem como o preenchimento dos protocolos de avaliação;
- Realizar 20 minutos diários, fracionados ou não, para as práticas de *mindfulness* entre os encontros presenciais.

Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes itens:

- Profissionais com férias programadas dentro do período estipulado para os encontros conforme o cronograma;
- Portadores de distúrbios psiquiátricos graves ou em fase aguda;
- Praticantes habituais de *Yoga* e/ou meditação;
- Não apresentar dor crônica por período igual ou superior a seis meses.

3.5 Caracterização dos sujeitos e coleta de dados

As triagens para a seleção dos casos para o estudo foram realizadas no mês de março/2015. As convocações ocorreram em parceria com os respectivos enfermeiros-chefes dos setores antes mencionados. Na entrevista individual foram apresentados os objetivos e como seria conduzida a pesquisa no decorrer das doze semanas seguintes.

No decorrer da entrevista, foi aplicado um Inventário sócio demográfico e clínico (Apêndice B) para coleta de dados pessoais, informações relacionadas à ocupação profissional e estado de saúde dos interessados.

Também nesta etapa, utilizou-se os instrumentos para sintomas de ansiedade - Ansiedade Traço IDATE-T (Anexo A) e depressivos por meio do Inventário de Depressão de BECK – BDI (Anexo B) com o objetivo de averiguar os critérios de exclusão.

Destaque-se que este estudo não pretendeu diagnosticar ansiedade e depressão. As escalas de sintomas são formas de triagem para determinadas condições clínicas, não sendo equiparadas às abordagens específicas que permitem diagnósticos, porém apresentam a vantagem de serem empregadas por não especialistas, ampliando a possibilidade de se investir no paciente de forma mais abrangente⁶⁴.

Foram entrevistados 105 profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, de ambos os sexos, funcionários da Divisão de Enfermagem do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DEICHHC-FMUSP).

Foram excluídos 21 casos e, dos 84 selecionados, 64 sujeitos voluntários concluíram o estudo proposto, totalizando 20 perdas ao longo de 20 semanas, sendo que 12 faltaram em 4 ou mais sessões do PAM, 5 por desistência, 2 por razões clínicas e 1 por demissão da empresa (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma dos participantes do estudo.

O ingresso dos participantes foi definido aleatoriamente por setor, o que caracterizou o número fixo de indivíduos por setor e período de trabalho, evitando a saída de muitos funcionários de um mesmo local e/ou período, no intuito de minimizar o impacto de suas ausências na assistência aos pacientes durante os encontros da presente pesquisa⁶⁵. Utilizou-se o aplicativo XLS do Microsoft Excel® para a randomização estratificada.

Após a triagem, os voluntários selecionados para o estudo foram reconvidados para início da pesquisa propriamente dita, quando foi entregue e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), e

aplicados os demais Instrumentos validados no Brasil, citados nos itens do subtópico Instrumentos de avaliação quantitativa.

O estudo foi concluído com 64 mulheres de oito setores da Enfermagem localizados nos seguintes andares do ICHC (Tabela 2).

Tabela 2 – Andares e Denominação dos Setores do ICHC

Andar do ICHC	Denominação do Setor
2º andar	Coleta
3º andar	Divisão Médica
4º andar	Setor de Emergências Clínicas Pronto Socorro (P.S.)
5º andar	Neurologia
5º andar	Retaguarda do P.S.
6º andar	Clínica Médica
6º andar	Geriatria
9º andar	Gastroclínica

A Figura 5 mostra o número de participantes restrito e não restrito incluídos no estudo, de acordo com o setor e o período de trabalho (matutino, vespertino e noturno). Os números ordinais (segundo, quinto, etc) significam o andar do hospital onde o setor se localiza.

Figura 5 – Representação gráfica da distribuição dos participantes com restrição e não restrição para exercer a função por setor e turno de trabalho.

3.6 Determinação do tamanho amostral necessário para provar a hipótese

O Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP possui em 2014, um total de 1.500 técnicos e auxiliares de enfermagem. Dados da literatura revelam que 60% de profissionais de enfermagem adoecem por motivos osteomusculares³⁶.

Entretanto, conforme a Figura 6 a seguir, o setor da enfermagem do ICHC representa 53% de afastamentos por licença médica devido ao acometimento osteomuscular no ano de 2014, comparado com outras categorias. Novamente os dados faltantes (sexta e nona colunas) não foram fornecidos pelo SESMT.

Figura 6 – Distribuição em porcentagem de licenças por área.

FONTE: SESMT/HCFMUSP, informação fornecida em 05/01/2015⁶³.

Considerando $\alpha = 0,05$; erro $\beta = 0,20$; intervalo de confiança de 95%, calculou-se que:

$$n = [N.p.q.(V)^2] / [p.q.(V)^2 + (N-1)E^2]$$

$N = 1500$, $V = E\alpha/2 =$ Valor crítico para 95% = 1,96, $E =$ margem de Erro (5%)

$= 0,05$, $p=0,53$ e $q=0,5$

$$n = [1500 \times 0,53 \times 0,5 \times (1,96)^2] / [0,53 \times 0,5 \times (1,96)^2 + (1499) \times 0,05 \times 0,05]$$

$$= 320,434017 \times 0,2 \text{ de perdas} = 64,01$$

Ou ainda pela fórmula, para uma população onde se desconhece o desvio padrão, tem-se:

$$N = ((Z\alpha \cdot \sigma) / ME)^2 = ((1,96 \times 6,585) / 1,64625)^2 = 61,5$$

- $Z\alpha$: valor de Z na curva normal segundo alfa. Há uma tabela própria. Para 95% de certeza, este valor é de 1,96.
- σ : é o desvio-padrão populacional. Como este valor é desconhecido, utiliza-se o valor encontrado na amostra.
- ME: margem de erro máxima tolerável em relação ao parâmetro. $ME = t_{0,05} (n-1) \times (s/\sqrt{n}) = 2,0 \times ((6,585)/\sqrt{64}) = 1,64625$.

3.7 Programa adaptado de *mindfulness* (PAM)

O PAM baseou-se nos programas originais MBSR² e MBPM⁶⁶. Ambos consistem em encontros semanais por oito semanas, variando de duas a duas horas e meia para cada sessão e prática diária por 45 minutos.

Crane e seus colaboradores⁶⁷, ao apontarem as diretrizes para a estruturação dos programas baseados em *mindfulness*, ressaltaram a necessidade de inovações nas pesquisas de implementação de protocolos adaptados que atendam às demandas, vulnerabilidades e necessidade de populações específicas.

No presente estudo, a adaptação do programa constituiu em oito encontros semanais, com redução do tempo de cada sessão para uma hora e respeitando um limite de até sete participantes por grupo. Cabe ressaltar que cada voluntário participou no mínimo de cinco dos oito encontros propostos. O tempo para as práticas individuais em casa foi reduzido de 45 para 20 minutos^{68,69}. Essas adaptações foram necessárias devido à rotina de trabalho e ao cotidiano dos profissionais envolvidos na pesquisa.

O programa teve o enfoque no manejo da dor, com abordagens de treinamento da atenção no momento presente pelas técnicas de respiração, “escaneamento” do corpo ou *body scan*, caminhada com atenção plena, movimentos conscientes com posturas corporais leves na posição sentada e deitada, caminhada meditativa e meditação da bondade amorosa ou

compaixão. Nas primeiras sessões do programa, dinâmicas foram inseridas para facilitar aspectos de conceituação da atenção plena e melhor entendimento sobre o manejo das sensações agradáveis e desagradáveis, sofrimento primário e secundário, compreensão do funcionamento da mente e dos pensamentos e educação sobre a dor^{8,70,71}.

A cada semana, vivenciaram-se técnicas de *mindfulness* sendo que cada participante do estudo foi incentivado a manter a prática diária da meditação individualmente, em casa, durante 20 minutos, utilizando um CD (*compact disc*), fornecido pelo Mente Aberta – Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP⁷², contendo áudio para as práticas. Os participantes também foram instruídos a cultivar a mente no momento presente como prática informal durante suas atividades rotineiras (Tabela 3).

Logo no início do programa, foi entregue um diário para controle das práticas no intervalo dos encontros. Foi adotado uma Ficha de Evolução Recordatória (Apêndice D) para cada participante, onde a pesquisadora anotava as informações relevantes sobre os relatos das práticas durante e no intervalo dos encontros.

Tabela 3 – Programa adaptado de *mindfulness* para atividades semanais

Semana	Atividades (tempo despendido em cada tarefa, em minutos)	Tarefa individual para os demais dias da semana
Primeira	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do grupo e motivação (10') - Orientações gerais, pacto com o grupo (10') - Dinâmica para conceituar <i>Mindfulness</i> (15') - Orientações sobre postura (5') - Prática breve de 3 minutos (5') - Relato sobre a experiência (15') 	<p>-<u>Formal</u>: prática breve de 3 minutos</p> <p>-<u>Informal</u>: escovar os dentes com atenção plena</p>
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia com a prática breve de 3 minutos (5') - Relatos das práticas na semana (15') - Dinâmica sobre o fluxo de pensamentos e discussão (15') - Prática do escaneamento corporal com atenção em cada parte do corpo na posição sentada (15') - Relato sobre a experiência (15') 	<p>-<u>Formal</u>: escaneamento corporal na posição sentada ou deitada</p> <p>-<u>Informal</u>: tomar banho com atenção plena</p>
Terceira	<ul style="list-style-type: none"> - Escaneamento corporal breve na posição sentada (5') - Relatos das práticas na semana (15') - Dinâmica do 1º e 2º sofrimento e discussão sobre a educação para a dor (15') - Movimentos conscientes na posição sentada (15') - Relatos sobre a experiência (10') 	<p>-<u>Formal</u>: movimentos conscientes na posição sentada, deitada ou em pé;</p> <p>-<u>Informal</u>: manter a atenção plena durante alguma refeição no dia</p>
Quarta	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos conscientes na posição sentada (5') - Relato das práticas na semana (15') - Prática da atenção plena na respiração explorando as sensações agradáveis e desagradáveis no momento presente (20') - Relatos sobre a experiência (10') 	<p>-<u>Formal</u>: atenção plena na respiração</p> <p>-<u>Informal</u>: perceber natureza ao seu redor e mudança de algum hábito</p>
Quinta	<ul style="list-style-type: none"> - Prática breve da atenção plena na respiração (5') - Relatos da experiência da semana (15') - Caminhada com atenção plena (15') - Relatos sobre a experiência (15') - Discussão sobre a educação para a dor (10') 	<p>-<u>Formal</u>: caminhada com atenção plena utilizando sapatos ou não</p> <p>-<u>Informal</u>: atenção plena durante o caminhar natural</p>
Sexta	<ul style="list-style-type: none"> - Prática da caminhada com atenção plena breve (5') - Relatos da experiência da semana (15') - Movimentos conscientes na posição deitada e finalização com automassagem (20') - Relatos sobre a experiência (20') 	<p>-<u>Formal</u>: Movimentos conscientes na posição deitada</p> <p>-<u>Informal</u>: Prática da atenção plena durante os movimentos nas atividades diárias</p>
Sétima	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos conscientes breves na posição deitada (10') - Relatos da experiência da semana (15') - Prática da compaixão ou bondade amorosa (15') - Relatos sobre a experiência (20') 	<p>-<u>Formal</u>: Prática da compaixão ou bondade amorosa</p> <p>-<u>Informal</u>: realizar alguma atividade de autocuidado no dia com atenção plena e compartilhar com o grupo</p>
Oitava	<ul style="list-style-type: none"> - Prática breve da compaixão (5') - Relatos sobre a experiência da semana (15') - Discussão sobre como inserir <i>Mindfulness</i> no cotidiano (20') - Encerramento com depoimentos sobre a experiência (20') 	Convite para incorporar <i>Mindfulness</i> na vida

O programa demonstrado na Tabela 3 foi elaborado e supervisionado em parceria com a equipe de instrutores do Mente Aberta – Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, onde a pesquisadora executante do estudo formou-se instrutora⁷².

A pesquisadora é fisioterapeuta e se dispôs de seis dias por semana, das 6h às 22h, com duas horas de intervalo para atendimento do protocolo da pesquisa durante o período do PAM. Foram disponibilizadas 15 sessões semanais no horário formal de trabalho e três horários alternativos aos voluntários interessados em participar fora do período laboral, sugestão dada pelos próprios integrantes do estudo durante as negociações para os encontros.

Uma declaração foi elaborada pela pesquisadora e assinada pelos que optaram por participar dos encontros no seu tempo livre, informando a participação espontânea, nos horários diversificados para os encontros, a fim de garantir a integridade da Instituição com a permanência dos colaboradores fora do horário formal de trabalho (Apêndice E).

3.7.1 Materiais e equipamentos de apoio para as práticas supervisionadas

Os encontros supervisionados para a realização do PAM ocorreram nas dependências do HCFMUSP. A maioria das práticas foram realizadas em um *container*, espaço cedido pela Diretoria de Emergências Clínicas, localizado na entrada do setor de emergência do Pronto Socorro. Também foi disponibilizada uma sala no 4º andar no prédio dos ambulatórios (AGD) e outra no setor da Geriatria (6º andar do ICHC).

Foram utilizadas cadeiras e colchonetes da instituição, além de mantas, cedidas pela pesquisadora, para forrar o chão durante a prática de exercícios na posição deitada. Uma lamparina permaneceu no local do encontro com os participantes do estudo, como símbolo e respeito à categoria da enfermagem.

Foi disponibilizado áudio das técnicas da atenção plena *compact disc* - CD, autorizado pelo Centro Mente Aberta, como apoio inicial para as práticas em casa, até a familiarização das técnicas que podem ser autoadministráveis e auto-induzidas.

Seguindo a sugestão de alguns voluntários da pesquisa e sob supervisão da pesquisadora, foram criados dois canais de comunicação nas redes sociais (*Facebook*® e *What's App*®), intitulado “Meditando pela Paz”, para facilitar a comunicação, trocas de experiências sobre as práticas e incentivos entre as integrantes durante o período do programa.

3.8 Método de avaliação para o estudo

O delineamento do estudo foi baseado nos métodos quantitativo e qualitativo, considerando a possibilidade de integração e complementariedade das abordagens para uma melhor compreensão e fidedignidade dos processos e resultados da presente pesquisa.

3.8.1 Método quantitativo

Para coleta dos dados, os 64 participantes foram avaliados comparativamente, por meio das escalas de autorrelato aplicadas para verificação dos possíveis efeitos do PAM nos seguintes momentos: pré-intervenção (T0), pós-intervenção (T1) e doze semanas após o último encontro – *follow up* (T2). Foram aplicados os instrumentos de avaliação validados no Brasil considerando nível de alfa *Cronbach* variando entre 0.83 e 0.93.

Figura 7 – Diagrama do estudo.

3.8.1.1 Instrumentos de avaliação quantitativa

- Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares – QNSO (Anexo C) que identifica distúrbios osteomusculares e descreve ocorrência de sintomas (dor, desconforto ou dormência) nas várias regiões anatômicas do corpo, se a dor impediu as atividades rotineiras, se nos últimos 12 meses consultou

especialista na área da saúde para tratar a (s) queixa (s) e se apresentou sintomas nos últimos sete dias. O escore deste instrumento considera o maior número de sintomas relatados, a maior presença de queixas dentre as diferentes áreas anatômicas. O presente estudo avaliou apenas a coluna dos sintomas nos últimos sete dias para ser mais fidedigno aos períodos nos quais foram aplicados os instrumentos de avaliação⁷³.

- Através do IDATE-T (Anexo A) classificou-se o nível dos sintomas de ansiedade por meio do inventário de ansiedade traço, devido ao fato de se referir ao estado do sujeito nas últimas semanas⁶⁴. A escala IDATE permite a graduação de sintomas de ansiedade em escala Likert (1 a 4 pontos) e de constante na tendência de personalidade, invariável com o tempo⁷⁴. Os escores para identificação se baseiam em ≤ 33 = ansiedade baixa; 34 a 38 moderada e ≥ 39 grave⁷⁵.

- Em Anexo B o Inventário de depressão de Beck (BDI), instrumento que consiste em escala Likert (0 a 3 pontos) e avalia escores da presença de sintomas depressivos com os seguintes níveis: 0-11 ausência/mínima, 12-19 leve a moderada, 20-35 moderada a grave e 36-63 grave^{76,77}.

- Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor – EPCD (Anexo D): consta de nove itens em escala Likert que varia de 0 - 5 pontos associados aos termos “quase nunca” e “quase sempre”. O escore total é a soma dos itens dividido pelo número de itens respondidos, sendo 0 o mínimo e 5 o máximo. Quanto mais elevados forem os escores, maior a presença de pensamentos catastróficos⁷⁸.

- Escala de Atenção e Consciência Plenas – MAAS (Anexo E), fornece análise de autorrelato para mensurar a atenção plena ou *mindfulness* e consciência no autofoco em pensamentos e sentimentos voltados para o eu⁷⁹. A pontuação máxima que um participante pode atingir é de 90 pontos e a mínima é de 15 pontos, indicando o nível máximo e mínimo de atenção plena e consciência.

Trata-se do instrumento mais utilizado e disseminado para medir níveis de atenção plena⁸⁰.

- Escala da Autocompaixão – SELFCS (Anexo F): medida de autoavaliação com 26 itens organizados em seis subescalas que avaliam as seguintes facetas: calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, *mindfulness* e sobre-identificação. Formato de resposta tipo Likert de cinco pontos variando de “quase nunca” a “quase sempre”. Quanto mais elevado o resultado, maior o nível de autocompaixão⁸¹. No estudo de Neff⁸², a autora sugere a análise por facetas ou a integração das mesmas. No presente estudo optou-se pela segunda análise.

- A escala de Qualidade de Vida WHOQOL – Breve (Anexo G): instrumento genérico de avaliação da percepção da qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Versão abreviada, com itens agrupados em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e qualidade de vida global, e são avaliadas por meio da média de acordo com a quantidade de questões em cada domínio. Os resultados são apresentados de acordo com o seguinte escore: 1-2,9 (necessita melhorar), 3 -3,9 (regular), 4-4,9 (boa), 5 (muito boa)⁸³.

A Tabela 4 a seguir mostra o tamanho amostral mínimo calculado para aplicação dos instrumentos de avaliação.

Tabela 4 – Tamanho amostral mínimo calculado para aplicação dos instrumentos de avaliação

	Desvio-padrão	Margem de erro	Tamanho
Ansiedade-traço (IDATE-T)	9,227	2,30675	61,47
Depressão (Beck)	6,585	1,64625	61,47
Osteomuscular (QNSO)	8,382	2,0955	59,96
Atenção e consciência plenas (MAAS)	13,8	3,45	61,47
Pensamentos catastróficos sobre dor (EPCD)	11,298	2,8245	61,34
Autocompaixão (SELFCS)	12,301	3,07525	61,47
Qualidade de vida (WHOQOL- Bref)	13,010	3,2525	61,47

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)® versão 2.0 para *Windows*®. As estatísticas descritivas foram calculadas para todas as variáveis. Subsequentemente, para comparar as variáveis durante os diferentes tempos do estudo pré-intervenção do PAM ou semana 0 (T0), pós- intervenção do PAM ou semana oito (T1) e o *follow up* de três meses ou 20ª semana (T2), foram realizadas análises pelo teste ANOVA de medidas repetidas. Foi considerado o tamanho amostral e seu respectivo grau de liberdade e significância estatística de 0,05. O valor crítico de F foi de aproximadamente 3,15 para recusar a hipótese nula. Quando F foi > 3,15 houve diferença estatística entre as amostras ($p < 0,05$). Considerou-se nível de significância $\leq 0,005$; erro $\beta=0,20$; intervalo de confiança = 95%.

O teste de Bonferroni foi utilizado para analisar as diferenças entre os tempos (T0, T1 e T2). Para o cálculo do tamanho de efeito do estudo, foi realizado o teste eta quadrado (η^2) que indica a variância total explicada pela variável, por participante. Considera-se as seguintes classificações de efeito: pequeno (,01); médio (,06) e grande (,14) onde maior o escore, maior será o efeito⁸⁴.

3.8.2 Método qualitativo

Para a produção dos dados qualitativos foram adotadas a **observação participante** a fim de compreender o contexto institucional, as interações sociais e a percepção da proposta do PAM aos funcionários; o **registro de relatos** ao final do programa para a apreciação dos participantes e, a realização de **entrevistas com instrumento semiestruturado**, para avaliar o impacto do PAM sobre a apropriação das práticas de *mindfulness* no cotidiano dos profissionais.

3.8.2.1 Observação participante

A observação participante ocorreu nos locais de trabalho de Enfermagem localizados no prédio do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC), entre março e julho de 2015, por seis dias na semana nos períodos

matutino, vespertino e noturno, das 6h às 22h, com intervalo de duas horas para o almoço e uma hora para o jantar.

O processo de negociação para o acesso e liberação dos departamentos da enfermagem contou com o apoio da diretoria Clínica do ICHC/FMUSP, que enviou mensagens via endereço eletrônico - *e-mails* - aos enfermeiros-chefes dos setores, informando que estxe seria um estudo de interesse e relevância para a categoria.

Para a observação em campo, foi adotado o procedimento etnográfico, considerado de fundamental importância para a antropologia e definido como o estudo das experiências humanas a partir de experiências pessoais ao aproximar a realidade por meio da imersão no cotidiano que se pretende estudar, para melhor compreender os eventos e como estes se interconectam⁸⁵. O método permite a utilização de várias abordagens para a coleta dos dados, conforme as circunstâncias de cada realidade da pesquisa. Na etnografia institucional definida por Vêras⁸⁶, há diversos caminhos para se fomentar o processo analítico e, o pesquisador deve considerar e refletir sobre a necessidade e realidade do campo estudado.

Durante a observação participante, foram realizadas visitas diárias ou semanais aos setores envolvidos no estudo durante as negociações com os enfermeiros-chefes e/ou os sujeitos da pesquisa para estabelecer a dinâmica de saída dos funcionários para a participação nos encontros semanais, no momento das trocas de turnos de trabalho e no decorrer do processo de trabalho da enfermagem. Segundo Da Matta⁸⁷, o observador precisa imergir no ambiente pesquisado, neste caso os setores da enfermagem e os participantes do estudo, a fim de estabelecer relações e estreitar vínculos.

As notas da observação foram registradas por 16 semanas, com descrições e reflexões que consideraram aspectos de ambiência, a maneira de agir, interagir e a linguagem adotada pelos sujeitos da pesquisa. Tais aspectos basearam-se na perspectiva de Malinovski⁸⁸ que considera como essenciais esses tipos de fenômenos da “cultura nativa”. As perguntas aos sujeitos foram elaboradas segundo esses tipos, acrescentando-se uma quarta referente à percepção da equipe em relação à proposta da pesquisa.

Uma psicóloga e um estudante de medicina familiarizados com os campos observados debateram, juntamente com a pesquisadora, a fim de avaliar o descrito em comparação com a realidade, buscando minimizar o caráter subjetivo da expressão do pensamento reflexivo da pesquisadora que esteve imerso nos setores observados^{85,89}.

Perguntas que nortearam o período da observação baseadas na visão de Malinowski⁸⁸:

1. Como funciona a rotina de trabalho da equipe de enfermagem nos setores?
2. Como a equipe de Enfermagem se relaciona com a própria equipe, colegas profissionais e pacientes?
3. Como foi a percepção da equipe de enfermagem (enfermeiros-chefes, auxiliares e técnicos) sobre a proposta do PAM aos funcionários da enfermagem?

3.8.2.2 Procedimentos para o registro e as análises dos relatos e das entrevistas

Os participantes foram convidados com antecedência de duas semanas, antes do término do PAM (T1), para prestar um breve depoimento sobre sua experiência nos oito encontros do programa baseado na pergunta: como foi o programa para você?

Trinta e oito profissionais participaram voluntariamente ao longo da última semana com relatos breves com duração de 20 minutos por grupo.

Três meses após o término do PAM (T2), foram realizadas sete entrevistas a fim de verificar qual foi o impacto do programa na vida das participantes, bem como o aprendizado e a apropriação das práticas no cotidiano dos sujeitos sem a presença de um instrutor (Tabela 5).

O critério de seleção para as entrevistas teve como objetivo uma apreciação de diferentes perspectivas que compusessem diferentes características do grupo estudado - turnos de trabalho, estar ou não com restrição para exercer a função e as participantes que continuaram, ou não, com as práticas.

Tabela 5 - Apresentação e caracterização dos sujeitos das entrevistas – T2

Características e idade das Entrevistadas	E1 58 anos	E2 33 anos	E3 43 anos	E4 40 anos	E5 42 anos	E6 50 anos	E7 55 anos
Função/ setor	Auxiliar/ Neuro	Técnica/ P.S.	Auxiliar/ P.S.	Auxiliar/ Clínica médica	Auxiliar/ Neuro	Técnica/ P.S.	Auxiliar/ Ret. do P.S.
Tempo na Instituição (anos)	21	5	5	10	16	4	30
Turno de trabalho	N	M	V	V	N	V	M
Restrição / tempo	não	não	sim/ 1 ano	sim/ 5 anos	sim/ 9 anos	não	sim/ 10 anos
Locais da dor crônica	joelhos e coluna lombar	coluna torácica e lombar	coluna lombar e quadril	coluna lombar	mãos e pés	ombros	joelhos
Ainda pratica Mindfulness	sim	sim	sim	não	não	sim	sim
Local da entrevista	Inst.	Res.	Res.	Inst.	Inst.	Inst.	Res.

*Nota: N = noturno, V = vespertino, M = matutino. Inst. = instituição, Res. = residência.

As entrevistas foram marcadas previamente com horário e local estipulado pelo voluntário da pesquisa e realizadas nas dependências do ICHC em função da demanda de trabalho das funcionárias ou por opção destas. Três entrevistas foram realizadas fora do ambiente de trabalho (no domicílio dos entrevistados). Três entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e as demais por dois voluntários treinados (um estudante do primeiro ano de medicina e uma recém graduada em psicologia, funcionária da instituição).

Uma autorização de uso de imagem, voz e depoimento (Apêndice F) foi entregue, explicada e assinada por todos, bem como a garantia de sigilo de todas as informações prestadas durante as gravações. Cada entrevista teve duração de aproximadamente trinta minutos.

As perguntas semiestruturadas que nortearam as entrevistas (Apêndice G) foram formuladas pela pesquisadora e voluntários do estudo, com revisão final por um pesquisador independente em metodologia qualitativa e um revisor profissional da língua portuguesa. Os principais temas abordados foram:

- 1) Sobre o Programa de *Mindfulness*: como foi o programa, se houve alguma experiência marcante, as facilidades, dificuldades para adesão das práticas e conceituação da atenção plena;
- 2) Mudanças observadas com o programa: na dor ou em outros aspectos da vida;
- 3) Sobre a manutenção das práticas: se ainda pratica, as estratégias para as práticas;
- 4) Sugestões.

Para a seleção do número de entrevistados, foi adotado o critério de exaustão do conteúdo, a partir da saturação encontrada nas falas dos depoentes, priorizando os seguintes passos: a análise temática dos registros, a reunião das temáticas que emergiram e a constatação da saturação pelas categorias já constituídas⁹⁰.

As gravações dos dados produzidos pelos relatos e entrevistas foram realizadas com o uso de um *tablet* (Apple- iPad, modelo 16 GB). Os dados foram transcritos e o seu conteúdo analisado segundo os critérios da análise de conteúdo temático-categorial^{91,92}.

A fase de pré-análise – composta pela **leitura em profundidade** do material organizado (relatos e entrevistas), considerando os **critérios de pertinência** do material explorado com a hipótese e objetivos da pesquisa, a **exaustividade** (a leitura de todo o conteúdo, não havendo seleção dos relatos e entrevistas), a **representatividade** e a **homogeneidade** enquanto número expressivo de participantes para compor um discurso suficientemente

homogêneo para a produção de resultados válidos (ainda que respeitando a heterogeneidade e a diversidade discursiva).

A fase de exploração do material – composta pela análise temática das unidades de significação, seguindo a ordem do particular (unidade de significação) para o geral (categoria temática constituída pela pesquisadora)^{91,92}.

Para a composição e posterior interpretação das unidades e categorias temáticas dos *corpora* (conteúdo de cada *corpus* analisado dos relatos e das entrevistas) foram adotados os seguintes procedimentos:

1. Leitura, seleção e codificação das passagens que salientam o sentido de cada unidade temática⁹³;
2. Nomeação e descrição da unidade temática considerando os elementos presentes nos extratos das falas que organizam a sua significação⁹³;
3. Contextualização das temáticas com as falas dos participantes, suas vivências e as situações ocorridas no contexto social/institucional⁹³;
4. Confrontamento das temáticas constituídas com os objetivos da pesquisa e os demais resultados produzidos⁹³.

A definição dos temas categóricos dos relatos e entrevistas se baseou no cruzamento das percepções da pesquisadora e de mais três voluntários que se dispuseram a ler o conteúdo das falas e sugerir temas relevantes. As etapas para as análises foram realizadas pela pesquisadora juntamente com um profissional psicólogo, especialista em análise qualitativa.

A participação de outros olhares no processo foi de fundamental importância na minimização do caráter subjetivo da pesquisadora do estudo que também atuou como observadora nos setores de trabalho e facilitadora do PAM⁸⁵.

Para o auxílio das análises temáticas foi utilizado o *software* NVIVO11® para a codificação e constituição das categorias. Para a ampliação da análise pelos sentidos atribuídos (semântica), foram produzidas duas nuvens de palavras – das quinze palavras mais frequentes – por meio da análise léxica

para verificar se houve mudança nos termos mais salientados pelos participantes entre os momentos T1 e T2 do estudo. Conjuntamente, foram produzidos dois *clusters* de frequência de palavras (coeficiente de similaridade por Jaccard) para analisar a associação entre os termos mais citados no conteúdo das falas⁹⁴.

O conjunto dos extratos codificados de cada *corpus* foi reunido no formato de relatório.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

A média de idade entre os participantes foi de 46,97 anos e com tempo de vínculo institucional de 14 anos em média. Em relação ao estado civil 43,7% eram casadas, 29,7% divorciadas, 25% solteiras e 1,6% viúvas. O grau de escolaridade era de 79,7% nível técnico, superior em andamento 10,9%, superior completo 6,25% e pós-graduação 3,12%. A maioria, 76,6%, fazia uso de analgésicos simples, 23,4% de antiinflamatórios não hormonais e 18,8% de antidepressivos. A religião predominante foi a católica (56,2%), seguida da evangélica (25%), espírita (15,6%) e outros (1,6%) com apenas 1,6% se declarando ateu (Tabela 6).

Tabela 6 – Perfil sócio-demográfico das participantes do estudo

Variável		n = 64
Idade (Média, DP)		47 / 9,50
Estado Civil (N/%)	Solteiro	16 (25%)
	Casado	28 (43,75%)
	Divorciado	19 (29,7%)
	Viúvo	1 (1,6%)
Escolaridade (N/%)	Ensino Médio	51 (79,7%)
	Superior em Andamento	7 (10,9%)
	Superior Completo	4 (6,25%)
	Pós-Graduação	2 (3,12%)
Religião (N/%)	Ateu	1 (1,6%)
	Católica	36 (56,2%)
	Espírita	10 (15,6%)
	Evangélica	16 (25%)

	Outros	1 (1,6%)
Frequência Religiosa Individual (N/%)	1 vez ao dia	58 (90,6%)
	2 vezes ou mais ao dia	5 (7,8%)
	Nenhum	1 (1,6%)
Frequência Religiosa Coletiva (N/%)	Semanal ou mais	33 (51,5%)
	Quinzenal	4 (6,25%)
	Mensal	5 (7,8%)
	Semestral ou menos	3 (4,7%)
	Nenhum	19 (29,7%)
Uso de Medicamentos (N/%)	Analgésico	49 (76,6%)
	Anti-inflamatório	15 (23,4%)
	Anti-hipertensivo	14 (21,9%)
	Antidepressivo	12 (18,8%)
	Tireoidiano	8 (12,5%)
	Antidiabético	8 (12,5%)
	Outros	18 (28,12%)
	Nenhum	2 (3,12%)

A Tabela 7 ilustra as características trabalhistas gerais dos participantes, revelando que as funções dos participantes se dividiram entre auxiliares (56,2%) e técnicos (43,8%). A média de 13,7 anos contratados na empresa, 37,5% possuía apenas um vínculo empregatício, enquanto 60,9% apresentavam duplo vínculo de trabalho na mesma corporação e apenas um caso (1,6%) informou ter vínculo fora da instituição. O maior público estudado foi do setor de Emergências Clínicas – P.S (50%), conforme a demanda sugerida pelo SESMT/HC no momento do levantamento dos casos e também pela maior concentração de número de funcionários neste setor. A maioria (59,4%) dos participantes se encontrava na condição de não restritos e 40,6% com restrição - limitação para exercer a função de trabalho.

A jornada mínima semanal era de 40 horas e 42 minutos na instituição, sendo que 32,8% trabalhavam no período matutino, 34,4% no período vespertino e 32,8% no noturno; com aproximadamente 87,2 minutos de deslocamento médio entre a casa e o trabalho.

Tabela 7 – Características trabalhistas gerais

Variável	n= 64	
Função (N/%)	Auxiliar	36 (56,2%)
	Técnico	28 (43,8%)
Vínculo (N/%)	HC + FFM	39 (60,9%)
	HC ou FFM	24 (37,5%)
	HC ou FFM e Fora	1 (1,6%)
Setor por Andar (N/%)	2º Coleta 2	2 (3,12%)
	3º Divisão Médica	1 (1,6%)

	4º P.S.	32 (50%)
	5º Neurologia	7 (10,9%)
	5º Retaguarda P.S.	7 (10,9%)
	6º Clínica Médica	7 (10,9%)
	6º Geriatria	7 (10,9%)
	9º Gastro	1 (1,6%)
Período (N/%)	Matutino	21 (32,8%)
	Vespertino	22 (34,4%)
	Noturno	21 (32,8%)
Tempo na Instituição em anos		13,72 / 8,27
Horas Semanais trabalhadas (M, DP)		40,42 / 10,52
Tempo de deslocamento até o local de trabalho em minutos (M, DP)		87,2 / 28,7
Restrição – limitação física para o trabalho (N/%)	Restrito*	26 (40,6%)
	Não Restrito**	38 (59,4%)

Nota: Setor, período e restrição de atividade ou não são apresentados em número absoluto. *Restrito: funcionário em acompanhamento pelo SESMT/HC por limitação osteomuscular (CID-M) que o impede fisicamente de realizar plenamente sua função. **Não Restrito: não há acompanhamento formal pelo SESMT/HC, porém apresenta recidivas de afastamentos por (CID-M).

A Tabela 8 ilustra a participação no PAM dentro da jornada de trabalho (73,4%) e (26,6%) fora do horário laboral.

As faltas justificadas em sua maioria ocorreram por motivo de licença médica (73,4%), seguido de 71,9% sem autorização do superior e apenas 4,7% por desinteresse dos participantes.

Tabela 8 – Dados referentes ao horário de participação da intervenção e às faltas justificadas

Variável	n=64
Participação em Horário de Trabalho (N/%)	Dentro do horário 47 (73,4%)
	Fora do horário 17 (26,6%)
Faltas Justificadas (Total/%)	Licença Médica 47 (73,4%)
	Sem autorização superior 46 (71,9%)
	Desinteresse 3 (4,7%)

A seguir são apresentados os resultados, em porcentagem, obtidos por meio dos instrumentos de avaliação QNSO, IDATE-T, BDI, EPCD, MAAS, SELFCS, WHOQOL-Breve Total e nos domínios: físico, psicológico, ambiente e relações sociais e qualidade de vida global nos diferentes momentos pré- e pós- intervenção (T0 - T1) e *follow up* (T2) (Tabela 9).

Tabela 9 – Descrição estatística das variáveis nos diferentes tempos do estudo: pré- e pós- intervenção (T0 - T1) e *follow up* de três meses – 20 semanas (T2) por análise ANOVA de medidas repetidas e Bonferroni

	T0 M (DP)	T1 M (DP)	T2 M (DP)	F	P	η^2	Post-Hoc Bonferroni
QNSO (últimos 7 dias)	3,75 (12,13)	2,28 (2,15)	2,35 (2,18)	15,79	0,000*	0,200	T0>T1=T2
IDATE-T	44,59 (9,28)	38,78 (10,21)	38,76 (8,77)	15,50	0,000*	0,198	T0>T1=T2
BDI	12,69 (6,58)	7,92 (6,71)	7,28 (5,42)	20,36	0,000*	0,244	T0>T1=T2
EPCD	2,17 (1,25)	1,46 (1,18)	1,26 (1,16)	16,01	0,000*	0,203	T0>T1=T2
MAAS	59,26 (13,80)	61,15 (13,68)	62,40 (15,82)	1,39	0,252	0,022	T0=T1=T2
SELFCS	78,10 (12,30)	90,44 (16,11)	91,00 (14,45)	17,44	0,000*	0,217	T0<T1=T2
WHOQOL (WQ) Total	80,28 (13,01)	88,78 (16,81)	87,51 (12,94)	7,96	0,001*	0,112	T0<T1=T2
WQ Físico	21,04 (4,16)	24,29 (4,16)	24,18 (4,26)	12,38	0,000*	0,224	T0<T1=T2
WQ Psicológico	20,06 (4,30)	22,56 (3,42)	21,82 (3,82)	7,07	0,001*	0,169	T0<T1=T2
WQ Relações Sociais	10,12 (2,34)	10,93 (2,61)	10,87 (2,34)	2,20	0,114	0,027	T0=T1=T2
WQ Meio Ambiente	22,68 (4,14)	24,15 (4,39)	23,79 (4,24)	2,07	0,129	0,054	T0=T1=T2
WQ Vida Global	6,18 (1,42)	6,96 (1,33)	6,82 (1,40)	5,75	0,004*	0,128	T0<T1=T2

Nota: M = Média e SD = Desvio Padrão. T0 = pré-intervenção, T1= pós-intervenção, T2= *follow up*. F = fator crítico. P = p valor * - diferença significativa $p \leq 0,05$. η^2 = tamanho de efeito considerando pequeno (0,01), médio (0,06) e grande (0,14).

Por meio dos resultados observados na Tabela 9 é possível identificar que as seguintes variáveis foram consideradas significativas (com resultados equivalentes a $p \leq 0,05$ e valor de $F \geq 3,15$) entre os tempos T0 e T1 (teste Post-Hoc Bonferroni): sintomas osteomusculares considerando os últimos 7 dias antecedentes à aplicação do questionário (QNSO), ansiedade-traço (IDATE-T), depressão (BDI), catastrofização da dor (EPCD), autocompaixão (SELFCS), qualidade de vida (WHOQOL-Bref) total e nos domínios físico, psicológico e qualidade de vida global.

As variáveis de consciência e atenção plenas MAAS ($p=0,252$) e os domínios relações sociais ($p=0,114$) e meio ambiente ($p=0,129$) não foram consideradas relevantes, visto que não houve diferenças significativas entre as médias ($p > 0,05$ e $F < 3,15$). As variações significativas ou não, se mantiveram estáveis entre T1 e T2.

O momento compreendendo o intervalo T1 a T2 não apresentou resultados relevantes para nenhuma variável.

Dando continuidade às avaliações através do teste Eta quadrado (η^2), foi verificado a magnitude de efeito, onde observa-se um tamanho de efeito de grande potência nas variáveis QNSO, IDATE-T, BDI, EPCD, SELFCS e WHOQOL-bref total e nos domínios físico, psicológico e qualidade de vida global.

As figuras abaixo ilustram a representação gráfica das variáveis estudadas. Nota-se através da Figura 8 (QNSO) a redução significativa da média de sintomas osteomusculares após a intervenção (T0-T1), seguida de um leve aumento não significativo observado no *follow up* (T1-T2).

Figura 8 – Representação gráfica QNSO – Últimos 7 dias.

Nota: média dos escores de acordo com a classificação: quanto menor a média, menor presença de sintoma osteomuscular.

Ao analisar os percentuais dos níveis de ansiedade obtidos com os resultados e suas determinadas categorizações é possível observar na Figura 9 a redução significativa dos níveis intenso e moderado e aumento significativo no índice leve entre T0 e T1. Entre os momentos T1 e T2 houve redução dos níveis intenso e leve e aumento do moderado, porém não relevante.

Figura 9 – Representação gráfica IDATE-T.

Nota: Distribuição em percentagem de acordo com a classificação: 20-40 Leve, 41-60 Moderada, 61-80 Intensa.

Já os sintomas depressivos (Figura 10) apresentaram expressiva redução do percentual moderado a grave e de leve a moderado e aumento no nível ausente ou mínimo, sendo significativo apenas de T0 para T1.

Figura 10 – Representação gráfica BDI.

Nota: percentagem de acordo com as classes da classificação: 0-11 ausência/ mínima, 12-19 leve a moderada, 20-35 moderada a grave, 36-63 Grave.

A redução da intensidade de pensamentos catastróficos da dor se deu de forma progressiva em todos os momentos avaliados, como demonstrado na Figura 11, sendo significativo apenas de T0 para T1.

Figura 11 – Representação gráfica EPCD.

Nota: média de acordo com da classificação: escores mais baixos indicam menor presença de pensamentos catastróficos.

Os escores da variável de atenção e consciência plenas demonstraram leve aumento progressivo ao longo do estudo (Figura 12). Esta variável não apresentou significância estatística em nenhum dos momentos do estudo.

Figura 12 – Representação gráfica MAAS.

Nota: média de acordo com da classificação: escore mais elevado significa maior nível de atenção e consciência plenas.

Houve aumento significativo de T0 para T1 em relação à autocompaixão se mantendo no *follow up*, conforme (Figura 13).

Figura 13 – Representação gráfica SELFCS.

Nota: Médias de acordo com a classificação: escore mais elevado significa maior nível de autocompaixão.

O instrumento WHOQOL-Bref (Figura 14) revela uma percepção da qualidade de vida no nível regular. Houve aumento significativo dos escores das médias da qualidade de vida total e nos domínios físico, psicológico e qualidade de vida global no intervalo entre T0 e T1. Não houve aumento significativo nos domínios relações sociais e meio ambiente desta variável. As variáveis mantiveram-se estáveis entre T1 e T2.

Figura 14 – Representação gráfica WHOQOL-Bref.

Nota: média de acordo com a classificação: escore mais elevado significa maior nível de percepção de qualidade de vida.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

Os resultados da análise qualitativa deste estudo serão apresentados como: 1) um relatório do diário de campo com notas descritivas e notas reflexivas observadas nos setores da enfermagem 2) apresentação da análise das nuvens das quinze palavras mais frequentes e do *cluster* dos relatos e das entrevistas e 3) análise temática dos relatos e das entrevistas.

5.1 Relatório do Diário de Campo – Observação Participante

O presente relatório objetivou apresentar notas descritivas e reflexivas dos dados coletados durante a observação participante (levantamento de informações que pressupõe convívio) para as práticas de *mindfulness*.

5.1.2 Chegada nos setores da enfermagem

Nota descritiva:

A pesquisadora foi apresentada aos funcionários auxiliares e técnicos de enfermagem, sujeitos da pesquisa, informando que seria realizada uma observação no local, no decorrer do estudo. O acesso aos setores se iniciou após alguns esclarecimentos às equipes sobre o motivo da participação observante como parte integrante do estudo e melhor compreensão das atividades da enfermagem. Tratou-se de um processo longo, de negociação, que buscou compreender a evolução das pessoas no grupo e a hierarquia que envolve o local.

Buscou-se inicialmente estabelecer uma relação entre o pesquisador, os sujeitos da pesquisa e demais integrantes dos setores de trabalho. Os participantes tiveram voz direta para expor seus pontos de vista ao relatar suas experiências, tendo a pesquisadora o cuidado de se mostrar diferente do grupo estudado, com interesse no grupo e este nela, desenvolvendo esta pesquisadora a arte de ouvir, escutar e ver, por meio de uma rotina de trabalho, aprendendo com cada recusa, silêncio e desacerto. Nesta análise pretende-se ampliar a devolutiva para o grupo estudado.

Nota reflexiva:

A princípio o sentimento de ser observada e testada foi semelhante ao de Malinowski⁸⁸ no relato da experiência do seu primeiro trabalho em campo na Costa Sul da Nova Guiné, quando chegou em um ambiente desconhecido, com características próprias, sem ninguém para orientá-lo ou compartilhar o que estava ocorrendo no ambiente daquelas pessoas.

A experiência diante da mudança do papel de observadora para a condição de observada e testada por olhares que pareciam interrogativos, demonstrou que o vínculo e aceitação no trabalho em campo pareciam precisar seguir regras determinadas pelos sujeitos observados e não pelo observador. Percebeu-se que este processo ocorreu naturalmente, no momento adequado

e sem imposições, determinado pelos próprios sujeitos observados. Desta maneira a participação observante

5.1.3 Alguns procedimentos operacionais padrão no serviço de enfermagem nos setores

Nota descritiva:

O Serviço de Enfermagem é responsável pelos atendimentos dos pacientes em todo o ICHC, em todos os setores, funcionando vinte e quatro horas, ininterruptamente. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros que cumprem carga horária de 40 horas semanais e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem com turno de 30 horas, que realizam seus trabalhos sob supervisão dos enfermeiros responsáveis nos diferentes períodos (matutino, vespertino e noturno). O período noturno tem carga horária de 12 horas com dias intercalados de pretensão de descanso. Cada setor está sob a coordenação de um enfermeiro chefe e um corpo diretivo. Existe ainda um regime de plantão remunerado de 12 horas para os que se interessam por uma complementação salarial.

O P.S. oferece assistência nos procedimentos antes, durante e após as internações dos pacientes encaminhados ao serviço para acompanhamento em nível terciário de assistência à saúde, de ambos os sexos e que são, na sua maioria, provenientes de regiões mais periféricas da cidade de São Paulo. Alguns pacientes necessitam de acompanhante diante de limitações físicas ou gravidade da enfermidade.

As trocas de turnos são momentos em que a equipe de enfermagem passa os casos dos pacientes internados aos colegas que estão chegando para assumir o plantão.

Notou-se que a equipe da Enfermagem é predominantemente feminina, os funcionários usam avental ou vestimenta branca, sapatos fechados, na maioria cabelos presos, com poucos adornos, maquiagem leve e unhas aparadas.

O P.S. possui uniforme para diferenciar as categorias, os enfermeiros assistenciais na cor bordô, os auxiliares e técnicos de enfermagem na cor

laranja, a chefia feminina utiliza roupa branca com colete azul e os enfermeiros roupa branca.

A equipe pode ser solicitada para avaliação e cuidado de feridas, realização de curativos, aplicação de medicamentos, aferições de dados vitais, movimentação do paciente no leito, para higiene, necessidades fisiológicas, durante a alimentação, ou quando solicitado pelo próprio paciente. Alguns locais não foram explorados devido à ausência de ocorrências desses procedimentos durante o período da observação.

Outra atribuição da categoria estudada é o acompanhamento dos pacientes para os diversos setores do complexo do HC e para o Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal, nos casos de óbito. O transporte de pacientes é realizado por, no mínimo, dois funcionários por meio de macas ou cadeira de rodas. Para a internação, a enfermeira precisa conferir o nome com as etiquetas e pulseira de identificação; verificar se o termo de consentimento de internação está assinado pelo paciente ou responsável e comunicar ao setor de enfermagem de destino que o paciente está pronto para ser encaminhado; deve também avaliar a necessidade do encaminhamento em maca ou cadeira de rodas. O auxiliar ou técnico de enfermagem é responsável pelo registro da saída do paciente para o setor encaminhado em pasta específica, e acompanhar o paciente junto ao familiar para seu destino, passando o histórico do caso para a equipe de enfermagem do local.

Nota reflexiva:

Durante o período observado, notou-se que os integrantes da equipe de enfermagem adotavam diferentes formas de comunicação verbal e não-verbal, na maior parte dos casos, numa relação articulada, tranquila e, aparentemente, respeitosa.

Havia momentos de revezamento para um intervalo de quinze minutos durante o plantão de seis horas trabalhadas e na cobertura de eventuais faltas, o que pode representar uma dinâmica de trabalho em equipe, de forma estruturada e compartilhada. Observou-se também uma dinâmica de trabalho intensa, necessitando da participação ativa de toda a equipe.

As atribuições nos setores eram recebidas com disposição, o que pode representar um aspecto positivo diante de uma supervisão participativa e conduta empática entre a equipe de enfermagem e demais categorias.

Durante as tarefas realizadas pela equipe de enfermagem e diante do fluxo de entrada e saída de pacientes e funcionários nos setores, ficam evidentes os momentos de parceria, trocas de experiências e conhecimentos, tanto entre a equipe de enfermagem quanto entre os colegas de outras categorias.

No atendimento aos pacientes, observou-se empatia e interação de todos os profissionais do setor; a chamada pelo nome dos pacientes tinha entonação apropriada e eram abordados com cordialidade e dedicação pela maioria dos profissionais.

Algumas manobras de pacientes no leito ou macas foram realizadas sem a devida atenção para manter a proteção da integridade física dos sujeitos da pesquisa, como nos manuseios que necessitavam de mais de um funcionário para a sua realização e que, na maioria das vezes, eram feitas por apenas um profissional, sendo dispensando o uso dos equipamentos de proteção para as manobras.

A dinâmica para a realização dos procedimentos e orientações dos pacientes e acompanhantes ocorria, muitas vezes, de forma automatizada diante da correria dos afazeres nos setores estudados.

Algumas estratégias eram adotadas na equipe, com uso de uma linguagem simples, direta e por vezes gestual, o que pode facilitar não só a compreensão como também minimizar possíveis dúvidas com paciente, colega de trabalho e/ou acompanhante, demonstrando que, apesar da intensa jornada de trabalho, esses profissionais conseguiam manter uma conduta empática, embora algumas estratégias demandassem aumento do esforço físico e emocional.

5.1.4 O ambiente de trabalho

Notas descritivas:

Os setores de enfermagem possuem salas de aproximadamente 2m x 3m, limpas, com boa iluminação artificial, algumas com janelas, o que favorecia alguma ventilação natural, mas a maioria apresenta salas pouco arejadas. Em cada setor, há um balcão para manter os prontuários e local para anotações da equipe, permitindo o acesso à sala de medicação. O enfermeiro chefe possui sala privativa, com portas que permaneciam abertas a maior parte do tempo. No interior das salas de enfermagem há um balcão para armazenar os medicamentos e planilhas dos pacientes, bancos de alumínio, lixeiras para material tóxico ao lado da porta, material para as aferições e higienização, descarte para material perfurocortante e alguns formulários para as anotações. Em cada sala da enfermagem há uma pia com sabonete líquido e álcool antisséptico em gel e, logo acima da pia, um reservatório de toalha de papel para enxugar as mãos. Alguns setores são separados por ala Sul e Norte, para melhor identificação dos pacientes. Equipamentos para transportar o paciente, como macas, andadores, cadeiras de rodas, eram disponibilizados na maioria dos setores observados.

Nota reflexiva:

À primeira vista os espaços que compõem as salas de enfermagem pareciam não ser suficientes para comportar o fluxo da equipe de enfermagem e demais funcionários que circulavam no local. Entretanto, com o passar do tempo, percebeu-se que a restrição de espaço não impedia a rotina da equipe e suas atividades que eram desenvolvidas naturalmente e de forma sincronizada.

Alguns esbarrões, diante da correria, ocorreram e foram reagidos com descontração entre as pessoas. O aumento da temperatura nos respectivos setores era perceptível e comprovado pelo semblante e/ou pelos abanadores, improvisados por alguns dos funcionários do setor.

O transporte de pacientes nas macas ou cadeiras de rodas nem sempre era realizado de forma adequada. Notou-se que a maioria dos equipamentos

necessitava de manutenção, como lubrificação das rodas, o que pode levar ao aumento do esforço físico do trabalhador durante o manuseio do equipamento.

A categoria médica possui um espaço de conforto aos que cumprem o plantão de 12 horas, o que não ocorre na categoria de enfermagem. Durante as refeições ou os quinze minutos para o café durante o plantão de seis horas de trabalho, não há um local de referência para um descanso, mesmo que seja por alguns minutos.

5.1.5 Percepção da equipe dos setores diante da proposta do programa de *mindfulness*

Nota descritiva:

A proposta do estudo foi recebida pelas equipes com entusiasmo e cordialidade. O tempo era sempre escasso para as conversas devido à dinâmica de trabalho nos setores.

Estabeleceu-se, juntamente com os enfermeiros chefes de cada setor, que a participação dos selecionados para os encontros de *mindfulness* seria afixada nas respectivas escalas de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Foram realizadas visitas nos setores, no início de cada semana do trabalho de campo, para definir com a equipe quais dias e horários seriam mais adequados para a saída dos integrantes da pesquisa naquela semana, considerando o alto índice de ausências e rotatividade de profissionais nos setores estudados.

Durante o período da observação, percebeu-se dificuldade da maioria dos enfermeiros-chefes para liberar os sujeitos da pesquisa para os encontros semanais. Entretanto, algumas participações ocorreram sem intercorrências, mesmo com alta demanda de trabalho e quadro de funcionários reduzido. Um exemplo notado foi na observação durante os plantões no período noturno das Emergências Clínicas, onde nos dias pares os sujeitos da pesquisa eram liberados com mais tranquilidade e com incentivo da enfermeira.

Certo dia, mesmo com a defasagem de dois funcionários, a enfermeira do plantão noturno, no dia par, substituiu a funcionária por uma hora, realizando suas tarefas, garantindo a participação da funcionária no grupo. Já no plantão dos dias ímpares, a dificuldade para as saídas dos funcionários foi

mais evidente, com pouca possibilidade de diálogo para negociações entre observadora e enfermeira chefe do setor. Houve casos em que não se conseguiu tirar um só funcionário para os grupos por três plantões consecutivos, do dia ímpar, mesmo com a confirmação de equiparação na quantidade de macas e quadro de funcionários no setor, com relação ao plantão do dia par.

A fala da Enfermeira do setor noturno (dia par), mencionada a seguir, demonstra uma das realidades da enfermagem:

“Cada início de plantão é um flash, nunca sabemos se o quadro de funcionário estará completo ou não, isso deixa a gente muito apreensivo...risos” (Enfermeira chefe do setor).

“Até que enfim chegou alguém pra cuidar um pouco da gente (...) a enfermagem só cuida, cuida e precisamos ser cuidados também” (Enfermeira chefe do setor).

A fala da enfermeira e a expressão de angústia no rosto ao segurar a planilha de funcionários do turno refletem o atual cenário de faltas frequentes de funcionários na Enfermagem do ICHC e o impacto dessas ausências no processo de trabalho.

Notas reflexivas:

A colaboração dos enfermeiros chefes durante o período das entrevistas na identificação dos casos restritos e não restritos foi de fundamental importância no processo de implementação do programa de *mindfulness*.

A observação participante nos setores da pesquisa permitiu, além de um melhor entendimento sobre a dinâmica de trabalho nos setores da enfermagem, a identificação de alguns casos que não estavam com restrição ou limitação formal pela medicina do trabalho da instituição SESMT/HC para exercer a plena função de trabalho, porém com recidivas de afastamentos por queixas osteomusculares por CID10 - M.

O empréstimo de funcionário de um setor para outro é uma prática frequente na categoria estudada. Notou-se expressões de constrangimentos

dos funcionários ao serem remanejados dos seus setores, para exercer tarefas em outros, sem que haja tempo para uma adaptação adequada.

Percebeu-se que, a alta demanda de trabalho e a defasagem do quadro de funcionários nos setores observados tendem a comprometer o nível de consciência da chefia sobre a importância de ações para o cuidado do trabalhador da enfermagem.

A falta de motivação e apoio entre os enfermeiros-chefes dos setores para a saída dos funcionários para os encontros podem ter sido fatores que influenciaram a ausência de alguns participantes no estudo. Isso sugere que uma proposta voltada para a saúde do trabalhador da enfermagem ainda não consegue estar no rol de prioridades da categoria estudada.

As resistências observadas para a liberação dos funcionários durante as semanas de implementação do PAM, revela a necessidade de uma conduta mais reflexiva diante da necessidade de ações corresponsabilizadas por todos os envolvidos no processo, considerando o crítico cenário de afastamento no trabalho por CID10 - M (queixas osteomusculares) na categoria estudada.

No decorrer do trabalho de campo, algumas sugestões dadas pelos participantes da pesquisa foram acolhidas, tendo em vista a garantia da participação do PAM durante o período do estudo, o que sugere um processo dinâmico, em uma relação de fala/escuta com construção da ação que garanta a participação dos envolvidos no processo. Adotamos as seguintes estratégias:

- Horários alternativos para os encontros como estratégia sugerida por algumas das participantes, considerando a dificuldade para negociar a saída do setor de trabalho. Algumas preferiram chegar antes ou após a saída do trabalho, dispondo de seu tempo livre para a participação no estudo.
- Grupos fechados nas redes sociais *What's App®* e *Facebook®* para facilitar a comunicação entre os integrantes do grupo, mediado pela pesquisadora.

Nota reflexiva:

A categoria estudada trouxe sugestões que denotaram empatia e compreensão diante da realidade dos setores da enfermagem, ao dispor do tempo livre para conhecer as técnicas e promover um momento de cuidado para si, mesmo sabendo que uma ação como a que foi proposta poderia ter

sido incentivada e apoiada pelos próprios chefes dos setores, mesmo que muitas vezes tenham sido observados entraves.

Tentou-se construir uma boa relação entre o pesquisador e o pesquisado ao considerar a realidade e problemática do momento com empatia. Algumas ações foram direcionadas pela experiência, considerando as sugestões dadas pelos próprios participantes, o que facilitou a construção de uma relação empática entre observado e observador.

A possibilidade de ter encontros fora da jornada de trabalho viabilizou a presença de alguns profissionais que não conseguiram negociar a saída no setor com os enfermeiros-chefes, com menor impacto na dinâmica de trabalho, mais tranquilidade e autonomia. Os grupos nas redes sociais gerou oportunidade de interação e compartilhamento das experiências entre as participantes.

O episódio seguinte, de uma funcionária que não conseguiu concluir o PAM, compartilhada no grupo fechado do *Facebook*® refere-se à sua relação no trabalho e como isso afeta o corpo e a *psique*. Relata um episódio que ocorreu durante o trabalho de campo acarretando acidente de trabalho, diante da resistência de uma enfermeira na liberação da funcionária para a participação no programa.

O depoimento denota a necessidade de oportunidade e a importância da proposta do estudo, como um espaço visando o autocuidado e de reconhecimento para a categoria.

“(...) pena que não estou podendo participar desse trabalho tão maravilhoso, estava amando, mas infelizmente existem pessoas que pensam pequeno, acham que humanização é linha de produção e por isso não querem liberar seus colaboradores para cuidar de si próprio. O estresse e sobrecarga me causou danos tanto na mão quanto no emocional. Parabéns, continuem com esse trabalho; ajuda a cuidar da nossa saúde. Meninas, não desistam. Vai, é nosso direito ter saúde também” (Auxiliar de enfermagem).

Certo dia, durante o trabalho de campo, ao adentrar no setor às 7:45h para a negociação diária e verificação da escala dos funcionários, a pesquisadora, no papel de observadora, foi encaminhada até a enfermeira chefe do setor, pela própria participante da pesquisa para determinar o melhor

momento para a sua participação no grupo naquela manhã, considerando que estava cumprindo um plantão de doze horas naquela data. Ambas foram recebidas pela enfermeira chefe do setor com a seguinte fala:

“Olha, nem vem, porque hoje não vou liberar ninguém!” (Enfermeira chefe do setor).

Neste momento, a participante da pesquisa tentou um acordo, já articulado com outra colega do setor para cobrir seu horário durante a participação no grupo daquele dia, sem comprometer o fluxo do trabalho do setor, mas infelizmente não conseguiu ser ouvida. Tanto a pesquisadora quanto a funcionária foram convidadas a saírem da sala da enfermagem com a seguinte fala:

“Vocês duas saiam da minha frente, eu tô com coisas mais importantes pra serem resolvidas, não quero olhar pra cara de nenhuma de vocês” (Enfermeira chefe de setor). ”

Ao sair da sala da enfermeira chefe, a funcionária começou a chorar e com as mãos trêmulas parecia demonstrar tristeza e sentimento de revolta diante do ocorrido. A pesquisadora deixou o setor, para futura tentativa de renegociação com a enfermeira sobre a saída da funcionária, ainda naquela semana.

Mais tarde, por volta das 11:30h, a pesquisadora ao compartilhar o ocorrido com a diretoria do setor, recebeu a notícia que aquela funcionária rompera o tendão do dedo mínimo da mão direita ao manipular um paciente. O acidente a afastou do trabalho por 100 dias.

Quando a pesquisadora retornou ao setor, no dia seguinte, a enfermeira chefe demonstrou mais cordialidade e tranquilidade na fala, apesar do ocorrido.

“Bom dia! Olha, ontem eu estava muito sobrecarregada e nervosa, queria te pedir desculpas. A funcionária se acidentou e ficará alguns meses afastada. Vamos ver o que dá pra fazer pra continuar com os demais que estão no projeto” (Enfermeira chefe de setor).

A partir deste dia, a enfermeira liberou uma sala, no próprio setor de trabalho para que o programa fosse finalizado com as demais participantes, reduzindo o tempo de deslocamento e garantindo a participação de todas.

Os encontros foram realizados no próprio setor, semanalmente, às 18h, horário que era possível abranger a funcionária da manhã cumprindo plantão semanal de doze horas, uma funcionária da tarde e uma do noturno que preferiu chegar uma hora mais cedo para participar do programa. Sendo assim, o programa foi concluído no próprio setor de trabalho, incluindo as três funcionárias nos períodos matutino, vespertino e noturno.

O ocorrido causou uma dúvida e um dilema na pesquisadora: Até onde a falta de compromisso diante de um acordo prévio não poderia intensificar o conflito daqueles que, invariavelmente, esperam que a proposta seja cumprida, mesmo diante da defasagem de funcionários? Da mesma forma, observou-se a sobrecarga dos chefes da enfermagem, o elo entre a diretoria e a categoria estudada, que necessitam lidar com imprevistos, quadro reduzido de funcionários, cobranças e responsabilidades que nem sempre contemplam os seus próprios limites físicos e emocionais.

A experiência em campo foi fundamental para o desenvolvimento de algumas habilidades, como uma melhor compreensão sobre a realidade do trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar.

5.2 Apresentação da análise das nuvens e *clusters* de palavras – Relatos e Entrevistas

5.2.1 Nuvens de palavras dos relatos e entrevistas

As nuvens por frequência de palavras salientaram as quinze principais palavras que apareceram nos relatos, logo após o término do programa de *mindfulness* (T1) e nas entrevistas (*follow up*) realizadas três meses após o programa (T2).

Nos relatos as palavras com maior frequência realçam as dores sentidas no corpo relacionadas à carga de trabalho e a importância do programa como

um espaço de aprendizado para trabalhar o autocuidado e aumentar a qualidade no trabalho a partir da melhora da condição física.

Nas entrevistas as palavras com maior frequência realçam a importância dos momentos criados para a manutenção das práticas de autocuidado. A necessidade da extensão do programa com a participação da chefia como compromisso para trabalhar o problema do adoecimento no ambiente de trabalho, em que o cuidar para si antecede o cuidado do outro (Figura 15).

Figura 15 – Nuvens de frequência de palavras dos relatos (T1) e entrevistas (T2).

5.2.2 *Cluster* de palavras - Análise hierárquica por similaridade (*cluster* multinível)

O *cluster* de palavras dos relatos expressa em sua estrutura formada por duas subclasses, conjuntos de associações que ressaltam duas importantes relações: o refletir sobre a dor associada ao conhecer e cuidar do corpo pelas intervenções propostas pelo PAM (0,7), em que aparecem também a importância de um espaço próprio que promova aprendizado por meio das trocas entre os profissionais; a apropriação da atenção plena no dia a dia promovendo a melhora na dor, no sono e na qualidade de vida (0,6), em que aparecem também a manutenção das práticas e a sugestão da continuidade do programa (Figura 16).

Figura 16 – *Cluster* de palavras dos relatos - Análise hierárquica por similaridade – coeficiente de Jaccard.

O *cluster* de palavras das entrevistas expressa em sua estrutura formada por quatro subclasses que ressaltam importantes relações: a) Há melhora e alívio das dores provenientes da carga de trabalho, resultando na melhora da qualidade de trabalho e da qualidade de vida. Ressalta-se a importância de se assumir o compromisso da continuidade do programa como proposta para o cuidado dos profissionais e diminuição do adoecimento no ambiente do trabalho; b) projeto direcionado ao cuidado físico e emocional do trabalhador que proporciona mudança do olhar para si e para o entorno como forma de reflexão dos problemas físicos e psicológicos relacionados aos setores de trabalho. A meditação é relatada como recurso possível de ser inserido no cotidiano das participantes, proporcionando a melhora da condição física ao conhecer mais o corpo, ganho da consciência corporal e reflexão sobre a negligência da dor; c) O tempo para as práticas para o cuidado de si mediante um perfil da categoria profissional de assumir cuidados em tempo integral (dentro e fora do ambiente de trabalho); d) a apropriação das práticas da atenção plena resultando em maior atenção e foco nas atividades. Ressalta-se a necessidade da extensão e manutenção do programa com a participação e anuência da chefia (Figura 17).

Figura 17 – Cluster de palavras das entrevistas - Análise hierárquica por similaridade – coeficiente de Jaccard.

5.3. Análise temática dos relatos e entrevistas

A análise de conteúdo temático-categorial dos dados produzidos pelos relatos logo após a intervenção (T1), produziu seis unidades de significação, constituindo duas categorias temáticas: desafios encontrados no percurso do PAM e benefícios atingidos com o programa. A análise de conteúdo temático-categorial das entrevistas, realizadas três meses após o término do programa adaptado de *Mindfulness* (T2), com sete participantes, produziu seis unidades de significação, constituindo duas categorias temáticas: características que dificultaram e facilitaram as práticas e benefícios mantidos com o programa (Tabela 10). Por fim, algumas considerações das participantes para a continuidade do programa.

Tabela 10 – Categorias temáticas em dois momentos do estudo (T1 e T2)

RELATOS (T1)	Nº de participantes
Desafios encontrados no percurso do PAM	
Carga física e emocional do trabalho	7
Desafios para a participação no PAM	6
Benefícios atingidos com o programa	
Aspectos físicos e emocionais da dor: manejos e mudanças	14
Apropriação da atenção plena e a importância do autocuidado	15
Estratégias adotadas para as práticas de <i>mindfulness</i>	10
Mudanças relacionadas à qualidade de vida	18

ENTREVISTAS (T2)	
Características que dificultaram e facilitaram as práticas	5
Dificuldades para adesão e manutenção das práticas	
Facilidades para adesão e manutenção das práticas	5
Benefícios mantidos com o programa	
Aspectos físicos e emocionais da dor: manejo e mudanças	7
Apropriação da atenção plena e a importância do autocuidado	7
Estratégias adotadas para as práticas de <i>mindfulness</i>	6
Mudanças relacionadas à qualidade de vida	6

5.3.1 Desafios encontrados no percurso do PAM

5.3.1.1 Carga física e emocional do trabalho e desafios para a participação no PAM

Durante a observação em campo, foi possível constatar que alguns acontecimentos estão relacionados com a sobrecarga de trabalho: defasagem do quadro de funcionários nos setores de trabalho, alto índice de profissionais com limitação física para exercer o trabalho, acarretando uma demanda maior aos demais colegas da categoria.

“(...) foi muito bom, porque eu tenho muitas dores, eu descobri uma hérnia, e é uma dor que não passa, uma dor crônica. E meu trabalho faz com que eu sinta mais dor ainda, por causa da posição” (Relato).

“Eu tenho restrição desde 2008 no ombro direito, proveniente de uma queda com o paciente. Daí para cá, fiquei com restrição, sem poder levantar o braço acima do ombro” (Relato).

Alguns relatos durante o trabalho de campo narraram os altos níveis de exigência física e emocional decorrentes da sobrecarga de trabalho que são próprios da categoria, em que os profissionais se encontram despreparados para pensar o autocuidado e seus limites, tanto dentro quanto fora do ambiente laboral, diante das inúmeras solicitações vivenciadas, inerentes às ações de cuidado:

“Eu acho que a enfermagem é tão necessitada, tão carente de apoio de atenção e a gente não tem isso, eu acredito assim, pelo menos uma vez ao ano a gente podia passar por uma avaliação psicológica pra ver como está o nosso emocional porque hoje a gente tá pedindo socorro e no entanto a chefia só sabe vender qualidade de vida, só que, como você vai proporcionar qualidade de vida se você não está bem” (Relato).

“Então, você tá tão cansado, tão cansado que você olha ali e você tem que contar mil, dois mil pra você não surtar, (risos) se estressar com o ser humano que está acamado precisando de você, ou o familiar e retroceder e falar: nossa, eu não tô no lugar dele, estou prestando um serviço pra ele, mas também, e a sua condição? Como que você tá ali nessa situação? Cobra-se muito, vende-se uma qualidade de vida que se você for olhar no fundo não é verdadeira, não sei se estou sendo [verdadeira]” (Relato).

“O tempo é que é pouco, precisa ter esse espaço porque às vezes em casa você tem dificuldade por outras coisas e da mesma forma aqui no trabalho” (Relato).

O relato de uma das participantes expressa a realidade das ações de humanização que estão voltadas apenas ao cuidado do paciente, em que se negligencia a importância de promover ações voltadas à saúde do trabalhador da enfermagem. Essa crítica contextualiza uma conjuntura que se manteve presente durante o estudo:

“Tudo bem que estamos aqui pra trabalhar, prestar serviço mas a dor se está em você incomoda e isso é complicado você prestar um atendimento com dor e muitas vezes se prega a humanização e esquecem de humanizar a gente, esse é o grande problema” (Relato).

Uma vez que o estudo contou com a colaboração das diretorias de enfermagem e o consequente acordo com as chefias dos setores, ainda assim, em alguns casos, houve resistência para a liberação dos participantes.

“(...) durante o período de serviço não dá para sair, principalmente por causa da demanda de outros pacientes e você tem muitas coisas pra fazer, então só aquele período que você fica fora você tem muita coisa pendente, então não tem funcionário suficiente pra te cobrir naquele período de 30 ou 40 minutos, não tem” (Relato).

5.3.2 Características que dificultaram e facilitaram as práticas

5.3.2.1 Dificuldades para adesão e manutenção das práticas

As duas entrevistadas que não deram continuidade às práticas após o término do programa, ambas restritas, relataram melhora na dor somente durante o período das oito semanas de práticas (T1). Em contrapartida, as demais entrevistadas (restritas e não restritas) incorporaram as práticas no dia a dia mesmo diante dos desafios encontrados durante o percurso do estudo:

“Agora eu sou cuidadora em tempo integral. Além de cuidar de mim, dos pacientes, eu tenho que cuidar da minha mãe que está doente, que necessita dos meus cuidados também” (Entrevista 4).

“Eu tinha um compromisso com você. Você tá fazendo um estudo e eu tinha um compromisso com você. E, infelizmente, eu não tive compromisso comigo mesmo pra dar continuidade em casa” (Entrevista 5).

Assim, as dificuldades associadas à falta de tempo e aos desafios as condições de trabalho diante de uma vida de muitas atribuições e aos desafios durante as práticas, não se afirmam para a maioria das entrevistadas, como fatores preponderantes para a não continuidade das práticas:

“Se me sobra um tempinho ou às vezes você larga alguma coisa, porque o tempo mesmo não sobra, você precisa largar, se desligar (dos afazeres) e aí eu vou lá pro meu cantinho, que eu tenho um cantinho, ponho meu CD e fico lá só comigo mesmo” (Entrevista 1).

“Às vezes era muito difícil se concentrar, no caso, qualquer barulhinho tira a concentração, né? Mas era muito raro assim quando eu não conseguia me concentrar mesmo. No começo assim ficava meio difícil depois, já embalava na meditação, é foi muito bom” (Entrevista 3).

Nesse sentido, reafirma-se a importância do compromisso dos profissionais em assumirem o autocuidado em consonância com a relevância do olhar da instituição como incentivadora para o ganho de conscientização e permanência das práticas de autocuidado:

“Ninguém fica incentivando ninguém. A não ser os seus colegas, é, que tá no mesmo nível que você. Mas se depender de chefia, ninguém incentiva ninguém. Eles nem fazem questão de lembrar a gente que a gente tem que participar, que é um compromisso, que, independente da condição, é uma hora que a gente vai se ausentar e tem uma pessoa pra cobrir. Porque tem, o setor não fica descoberto” (Entrevista 5).

“Hoje não deu pra parar pra tomar café, às vezes não dá pra você parar para ir ao banheiro e isso não pode acontecer né, a gente tem que ter esse tempo, pra mim isso se estenderia sim, seria fixo, uma coisa permanente e a educação permanente devia ter esse cuidado com a gente” (Entrevista 6).

5.3.2.2 Facilidades para adesão e manutenção das práticas

Ao considerar as seguintes falas, é possível destacar importantes aspectos que motivaram à adesão dos participantes ao programa e a continuidade das práticas:

- As técnicas do PAM se mostraram acessíveis e de fácil assimilação para a continuidade das práticas no cotidiano das participantes
- O material didático utilizado (CD), entregue para cada participante, possibilitou que as práticas fossem realizadas fora do ambiente de trabalho.
- A vivência em grupo como um espaço de escuta sobre os problemas setoriais com relação ao trabalho e trocas sobre as dificuldades e facilidades para manutenção das práticas, favoreceu o estreitamento de vínculo entre os participantes e a pesquisadora, bem como a motivação para manutenção do compromisso e continuidade das práticas:

“(...) a gente aprendeu muitas coisas aqui, encontrei novas colegas participando que eu não conhecia e, de repente, não era só eu que sentia essas dores, tinha mais colegas nessa situação (...)” (Entrevista 7).

“Eu acho que foi uma coisa bastante incentivadora ouvir, também, as pessoas também colocarem, porque às vezes a gente tem a impressão que é só no nosso setor, porque todo mundo reclama, então a gente fica centrada só no nosso setor. Quando a gente sai, a gente vê que o problema é bem maior do que um problema setorial” (Entrevista 5).

“A prática lá? Foi ótima, fácil não é difícil, uma pena que foi pouco tempo (...)” (Entrevista 1).

O papel da pesquisadora enquanto organizadora de uma proposta de intervenção para o cuidado dos profissionais e, como facilitadora dos grupos, também propiciou a adesão a continuidade das práticas do PAM, uma vez que a sua presença foi introjetada como uma profissional acolhedora que zelava pela importância do cuidado da categoria:

“A Shirlene é uma pessoa que cativa a gente fácil, o jeito dela, o cuidado que ela tem com a gente, então, isso faz com que a gente venha aderir mais rápido o programa. Acho que o jeito que você aborda a pessoa você vai ter o sim ou o não, então o carinho, a atenção dela, o cuidado dela com cada uma de nós faz com que a gente tenha mais vontade de aderir ao programa” (Entrevista 3).

“Olha, uma das coisas que eu achei, que facilitou pra mim chegar até o programa no caso, foi a nossa orientadora Shirlene, ela vinha todos os dias que era pra eu ir, então ela tava aqui, ela vinha aqui, então aquilo me ajudou muito” (Entrevista 1).

Outra importante consideração trazida por uma participante pode ser ressaltada sobre os aspectos característicos de estudos com levantamentos por meio de informantes: as expectativas de ações futuras para o benefício da população estudada. Esta constatação está apoiada pelo seguinte relato:

“Assim, no começo, quando a Shirlene apareceu com aqueles formulários, eu achei que fosse uma coisa normal, como as outras vezes, que, simplesmente, apareceram, fizeram algumas práticas e acabou, parou por ali, na primeira ou segunda vez. Mas não, ela deu continuidade” (Relato).

Assim, foi possível apreender a relevância de um estudo que estimulasse a criação de um espaço de cuidado, considerando a sugestão advinda dos próprios participantes, mediante a dificuldade de liberação para a continuidade dos encontros fora do horário de trabalho:

“Mas eu gostei, eu preferi vir fora do horário, até para me dedicar mais, para eu ficar mais concentrada porque dentro do horário, você está lá [no local de realização da prática], mas está pesando dentro do horário de trabalho. Se você tem responsabilidade, você tem um monte de coisa, daí você fica olhando o relógio, você não se entrega

100%. Então eu prefiro ir fora do horário [de trabalho], por conta disso” (Relato).

5.3.3 Benefícios atingidos (T1) e mantidos (T2) com o programa

5.3.3.1 Aspectos físicos e emocionais da dor: manejos e mudanças

Foi possível identificar pelas falas dos relatos e das entrevistas, diferentes aspectos relacionados aos benefícios e às mudanças alcançadas no manejo da dor: a redução e lidar melhor com a dor (aceitação); a redução dos pensamentos catastróficos e do uso de medicamentos para o alívio da dor:

“Assim, nos traz, um alívio diferente porque começamos a nos tratar de dentro pra fora através do pensamento, assim, buscando mais mesmo. Quando vocês falam pra nós assim: vá até a tua dor com o pensamento, mentaliza o local que tá doendo, é como se fosse um trabalho, a gente sente o alívio, sente-se melhor. Então é uma proposta muito interessante porque não nos percebemos que a cura tá dentro da gente mesma” (Relato).

“A minha qualidade de vida tá bem melhor. Essa minha perna eu falei uma vez que parece que tava podre de tanto que sentia dor no osso, não tava aguentando e depois que comecei fazer os alongamentos que ela ensinou, essas terapias, ficar deitada com as pernas na cadeira, tem resolvido muito. E eu tenho diminuído até os medicamentos, eu tava tomando tramal direto” (Relato).

“Melhorou bastante, assim, em vista do que eu tinha antes, a meditação ajudou bastante a me controlar, às vezes quando eu estava com dor eu ficava, aí meu Deus eu to com dor! Eu ficava focada naquilo, eu to com dor, eu to com dor e começava andar pra lá e pra cá e eu já queria tomar o remédio e aquilo não passava e aquilo começava a me deixar angustiada” (Entrevista 3).

“Pra mim foi o máximo, antes eu achava que só eu que tenho dor, mas a partir do momento que eu comecei a meditar tive assim uma aceitação aí eu comecei a ver o que seria melhor, como eu sentiria através da meditação, aí eu me entreguei à meditação” (Entrevista 7).

5.3.3.2 Apropriação da atenção plena e a importância do autocuidado

Nas falas, a apropriação do conceito da atenção plena é realçada como um estado de observação mais atenta aos aspectos físicos e emocionais, proporcionando o autocuidado a partir da saída do automático com maior

percepção de si e do contexto a sua volta com um repensar para o autocuidado:

“(...) eu também fazia as coisas tudo no automático, sempre correndo, aquele estresse, pressa e, agora eu tô me sentindo mais calma, sentindo mais o corpo, assim, às vezes eu até paro pra ver as árvores, respiro mais forte (...)” (Relato).

“Eu nem sabia que tinha pé, depois que eu quebrei é que lembrei que tinha pé, então, e a gente precisa sentir que tem e sentir que isso faz parte do nosso corpo, e isso [prática] tira a gente um pouco do foco de ficar preocupado com outras coisas lá fora e pensar um pouco na gente” (Relato).

“Antes a minha cabeça tava de um jeito e meu corpo tava de outro, agora eu consigo focar os dois no mesmo estado, no mesmo lugar, com a atenção plena eu consegui isso” (Entrevista 3).

“E o projeto mostrou isso, eu comecei olhar pra mim e ver que eu tava precisando de cuidado e eu não deixava ninguém cuidar de mim. Eu achava que eu tava bem e queria mostrar para os outros que eu tava bem. Eu tava precisando de ajuda e não parava pra olhar isso” (Entrevista 3).

“É meio difícil você amar alguém sem se amar, eu acho que o cuidado é o mesmo. Então é o cuidado com você. Entender, conhecer você, é isso que faz a diferença. Se você se conhece, você conhece os seus limites, se cuida, se protege” (Entrevista 6).

5.3.3.3 Estratégias adotadas para as práticas de *mindfulness*

A partir da apropriação do conceito da atenção plena, os participantes expressaram diferentes possibilidades pela busca de estratégias no cotidiano para o autocuidado - práticas que visam o ganho da consciência corporal, a aceitação dos limites do corpo e a inserção de atividade física regular:

“(...) mais do que relaxar, era um momento de me conhecer, conhecer principalmente meu limite. A gente trabalha muito com a dor aqui dentro (aqui no hospital) e você acaba se habituando com a dor né, e aí você conhecendo o seu limite, você se segura e se protege” (Entrevista 6).

“Eu acho que aprendi bastante a meditar, sentar um pouquinho, parar, ouvir a minha voz a voz do corpo” (Relato).

“Olha, é assim, como eu também iniciei academia, as dores lombares, eu achei que melhorou mais, né. Eu não sinto mais” (Relato).

“(...) mudei minha alimentação, fui pra academia e levo sempre comigo tudo o que ela ensinou pra gente (...)” (Entrevista 1).

“(...) eu faço agora em vários lugares, quando eu to caminhando, aí eu começo a sentir. Mas até então eu to sentindo meu pé, minhas costas que tá pesando para um lado, mas eu já consigo trabalhar isso para me aliviar” (Relato).

“(...) o CD que ela deu pra gente (...) eu faço a meditação no ônibus, uma hora e meia, duas horas aí eu coloco o fone e nem estresse do que está acontecendo, fecho os olhos e faço sentadinha meditando, dá pra gente meditar bem, é assim que eu consigo” (Entrevista 4).

5.3.3.4 Mudanças relacionadas à qualidade de vida

Quanto às mudanças relacionadas à qualidade de vida, foi possível salientar nos relatos e nas entrevistas a melhora da qualidade do sono, na redução do estresse no trabalho:

“(...) eu já aprendi a conviver com os ruídos ao redor [exacerbação da percepção dos ruídos] sem prestar muita atenção, já consegui bastante. E tinha dificuldade de estar conversando com você e vendo o que tá acontecendo tudo ao redor, os sons que me incomodavam então eu já aprendi a separar. Eu consigo muito isso” (Entrevista 6).

“Acordava com o corpo doendo, parecia que eu dormia mal, sempre acordando de vez em quando, um sono leve (...) eu tô conseguindo dormir melhor” (Relato).

“(...) Depois que eu comecei a fazer a meditação, eu comecei a sentir melhoras nas minhas dores, tanto nas dores físicas, quanto no sentido do estresse que a gente tem também no dia-a-dia, em relação à chefia, ao paciente” (Relato).

5.4 Considerações das participantes para a continuidade do PAM

Algumas contribuições foram salientadas pelas participantes nos relatos (T1) e ao final da entrevista (T2) manifestando motivação para a continuidade do programa, ampliando a participação das chefias e demais setores da instituição:

“Eu acredito que o programa é algo muito bom e que deveria ser levado pra todos os níveis da instituição, além de ser um programa de fácil adesão dos funcionários não tem custo. Não tem um espaço assim que a pessoa pode aprender e fazer em casa, em qualquer lugar que ela esteja só. Acho que precisa de um pouco mais de boa vontade dos líderes” (Entrevista 2).

“Eu espero que vocês consigam expandir ensinar dentro dessa instituição essa proposta, que haja salas onde os funcionários possam chegar que seja meia hora antes e relaxarem, se olharem e entrarem pra trabalhar com uma proposta mais leve, mais focado, mais leve mesmo” (Relato).

“Eu tenho muita, muita, muita esperança que esse programa conscientize os nossos responsáveis. Eu gostaria que ele fosse um tiro certo. Ele tem uma meta para ser alcançada com começo meio e fim. Porque, pra mim, gente doente não pode cuidar de doente. Se a gente tiver menos gente doente, a gente tem mais funcionário trabalhando” (Entrevista 5).

Ressalta assim, a partir da abordagem compreensiva, a importância trazida por esses profissionais, quanto à relevância da continuidade do PAM direcionado aos cuidados voltados à saúde do trabalhador na enfermagem, como compromisso compartilhado entre todos os atores envolvidos.

6 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia e a incorporação de um programa adaptado de *mindfulness* como estratégia complementar para o manejo da dor musculoesquelética em técnicos de enfermagem de um hospital universitário brasileiro.

Tratou-se de um estudo clínico, prospectivo e de *follow-up* de curto prazo - doze semanas. Para os resultados quantitativos, adotou-se poder estatístico adequado para investigar os efeitos do PAM para o manejo da dor crônica e outros parâmetros de bem-estar, utilizando escalas validadas e de autorrelato. Os resultados foram significativos na melhora da maioria das variáveis estudadas, com escores mantidos até o *follow-up*.

A experiência em campo possibilitou um olhar aprofundado sobre as interações sociais entre os envolvidos no estudo. Neste sentido, cabe considerar a importância da análise qualitativa para uma abordagem compreensiva dos fenômenos que se apresentaram no percurso da investigação e nos dados produzidos ao término do PAM (T1) e nas entrevistas (T2).

A hipótese do estudo presumia que o programa adaptado de *Mindfulness* reduziria os escores de sintomas musculoesqueléticos, depressivos, ansiosos e de pensamentos catastróficos sobre a dor; aumento dos níveis de autocompaixão, atenção e consciência e percepção da qualidade de vida com pontuações mais elevadas em comparação com os escores da linha de base (T0) e a incorporação das práticas da atenção plena no cotidiano dos participantes. Houve também o intento de implementação do programa como uma gestão participativa com as chefias.

O presente estudo teve em seu desenvolvimento a colaboração das chefias a fim de garantir a execução do PAM para os funcionários, minimizando o comprometimento no processo de trabalho, considerando a realidade dos setores de enfermagem no ambiente estudado. Durante o trabalho de campo, notou-se dificuldade de alguns enfermeiros chefes para a liberação dos funcionários para os encontros semanais. As faltas por motivo de não liberação da chefia (71,9%) se equipararam às ausências por licença médica no período dos encontros (73,4%).

Mesmo com a colaboração da diretoria de enfermagem e o consequente acordo com as chefias dos setores, ainda assim, em alguns casos, houve resistência para a liberação das participantes. Desta forma, o reconhecimento da importância de ações que também priorizassem a atenção à saúde dos trabalhadores se mostrou em certos casos aquém do esperado, embora se compreenda o desafio administrativo para o manejo das escalas de trabalho.

Ciampone e Kurcgant⁵⁹ comentam em seu estudo sobre as pressões no trabalho que conduzem os gestores a priorizar demandas e tomar decisões que supram apenas metas institucionais de caráter quantitativo, o que pode comprometer a qualidade dos atos profissionais. Sugerem a necessidade de

desenvolver habilidades de negociação dos conflitos visando o interesse comum no processo de trabalho.

Diante da dificuldade de saída dos setores de trabalho, alguns participantes sugeriram à pesquisadora encontros fora do horário laboral, denotando o interesse e necessidade de um momento de autocuidado, dispondo de seu tempo livre para participar do programa proposto.

Neste sentido, cabe destacar que desafios que são próprios de estudos de intervenção na saúde, como as características da população e os contextos inerentes ao campo de investigação, podem se apresentar como limitantes para o desenvolvimento das atividades de campo, bem como o alcance de resultados pretendidos.

Considerando as horas trabalhadas declaradas somadas ao tempo de deslocamento de casa até o trabalho, as participantes despendiam, em média, nove horas do dia. No entanto durante a observação de campo notaram-se recorrências de plantões remunerados de 12 horas para composição salarial comprometendo mais ainda o tempo para outras tarefas e o autocuidado.

A maioria das participantes não apresentou restrição para o trabalho e relatou duplo vínculo na própria instituição. Além de realizarem suas tarefas, elas precisavam suprir determinadas demandas dos profissionais com restrição /limitação física ou mental para exercer a função nos setores de trabalho.

Nota-se nesse caso uma realidade que sugere a necessidade de programas de capacitação, incentivando o autocuidado e promoção da saúde no ambiente hospitalar para esta categoria profissional^{44,95}. Tais ações podem minimizar o risco do atual não restrito se tornar um restrito no futuro, com faltas recorrentes por CID 10-M, gerando mais ônus ao funcionário e à instituição.

Neste estudo, o público foi exclusivamente feminino com queixas de dores musculoesqueléticas há mais de seis meses. Constatou-se a característica multitarefa atribuída a estas mulheres. Fato este que pode levar a uma atitude de resignação da própria dor, com riscos de afetar negativamente a funcionalidade das tarefas desempenhadas tanto dentro, quanto fora do ambiente laboral⁹⁶.

A sobrecarga de trabalho da categoria e o não compromisso em assumir o autocuidado mediante as demandas que caracterizam o exercício da

profissão apareceram em duas das sete entrevistadas, realçando sua importância para as dificuldades para adesão e manutenção das práticas.

O cenário observado em campo, nos setores da enfermagem no ICHC/FMUSP, é semelhante àquele encontrado na literatura, em âmbito mundial sobre a realidade de adoecimento proveniente das demandas físicas e emocionais na categoria da enfermagem⁴¹⁻⁴⁵.

Pichon-Rivière⁹⁷ propõe uma compreensão não compartimentalizada sobre aspectos da realidade humana que norteia a vida e os grupos. Ressalta a importância da inter-relação entre as pessoas, trazendo a experiência da aprendizagem de valorização dos vínculos entre os sujeitos e o grupo como unidade básica de interação⁹⁸. Aprendizagem que consiste numa apropriação da realidade em que o sujeito transforma a si mesmo e ao mundo no qual se insere⁹⁹.

Assim, no presente estudo, a pesquisadora enquanto sujeito ativo no processo de observação, ao se inserir e fazer parte do campo observado testemunhou comportamentos e interações sociais, o que facilitou a criação de vínculo e busca por estratégias para a inserção e manutenção do programa⁸⁹.

Aprender em grupo significou para algumas participantes uma ação educativa, com possibilidade de trocas de experiências e aprendizagem. Desta maneira, a aprendizagem nessa perspectiva é a capacidade de compreensão e de ação transformadora de uma realidade. Isso envolve mudanças e pressupõe que elas ocorram nas pessoas articuladas entre si, no contexto em que elas se inserem⁹⁸.

Aqui notamos que o encontro com outras pessoas proporcionou uma forma renovada de se olhar: mais pessoas com as mesmas dores buscando formas alternativas de convívio entre elas. A figura da pesquisadora é reconhecida em algumas falas como acolhedora e incentivadora para o autocuidado¹⁰⁰.

Essa é a relevância da interação dialógica entre o pesquisador e o seu contexto de investigação, na medida em que se estabelece um grau de aproximação e vínculo, possibilitando a partilha e o aprendizado mútuo com o intento de transformar a realidade social encontrada^{87,95,101}.

Alguns desafios das técnicas - sonolência, dúvida, agitação - são esperados e justificados pelo fato de que a prática da atenção plena favorece o contato direto com situações latentes, muitas vezes camufladas na vida das pessoas, principalmente naqueles com uma estrutura emocional mais fragilizada⁸.

Houve casos em que a percepção de pontos de dor ou tensão no corpo, até então desconhecidos, emergiram durante as práticas. Fato este que pode estar relacionado com a melhora da consciência corporal expressada em vários relatos e durante as entrevistas.

O PAM contribuiu positivamente, de acordo com os resultados obtidos pelas escalas de sintomas osteomusculares nos últimos sete dias (QNSO), pensamentos catastróficos sobre dor (EPCD), ansiedade (IDATE-T), sintomas de depressão (BDI), autocompaixão (SELFCS) e percepção da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) nos domínios físico, psicológico, total e qualidade de vida global.

A dor musculoesquelética teve uma redução significativa no número de queixas referidas (QNSO), considerando os últimos sete dias ao término do PAM (T1).

A maioria dos sujeitos da pesquisa relataram uso de analgésicos e anti-inflamatórios antes de iniciar o PAM. A temática “benefícios atingidos (T1) e mantidos (T2) com o programa” traz falas sobre o manejo da dor, redução dos sintomas e do uso de medicamentos após vivenciar as práticas de *mindfulness* (T1 e T2). Também há menção da busca por estratégias para o autocuidado, com melhora da consciência corporal visando correção postural e maior respeito aos limites físicos.

As práticas de *mindfulness* são autodirecionadas e autorreguladas e, quando inseridas no cotidiano, podem mudar o estilo de vida, com efeitos benéficos na saúde em geral. Em relação à dor crônica, o benefício pode ocorrer quando o praticante ressignifica o sintoma. O indivíduo passa a lidar com a dor, de modo atento às suas reações, com resposta consciente^{1,102}. A pessoa tende a tornar o estresse da dor em desafio, deixando de senti-lo como ameaça, podendo romper o ciclo da dor.

A melhora da consciência corporal e a compreensão do que acontece com o processo da dor ajudou algumas praticantes a ir em direção ao desconforto da sensação da dor com mais tranquilidade, percebendo qualquer sofrimento primário que estivesse presente naquele momento – no caso a lesão física em si – e a possibilidade de minimizar a tendência de resistência ou esquiva da dor, o que pode gerar carga emocional desnecessária - sofrimento secundário^{8,66,103,104}.

Evidências indicam que *mindfulness* envolve múltiplos mecanismos cerebrais que alteram a construção da experiência subjetiva de dor a partir de informações aferentes¹⁰⁵. Os estímulos nocivos iniciam uma série de alterações fisiológicas e neurofisiológicas que são maleáveis e sujeitos a modificações no corpo. A meditação e a dor alteram as dimensões sensoriais, cognitivas e afetivas de nossa experiência subjetiva^{106,107}.

O controle cognitivo é aprimorado após o treinamento, permitindo que os sujeitos se concentrem mais efetivamente na experiência do momento presente¹⁰⁸; este conjunto de atenção consciente pode reduzir os efeitos nocivos¹⁰⁹. Em segundo lugar, a redução das expectativas de estímulos iminentes que promovem a modulação da dor¹⁰⁶. No treinamento de meditação, aprende-se a reduzir a antecipação de eventos futuros, o que pode levar os indivíduos a reduzir as respostas antecipatórias aos estímulos nocivos¹¹⁰.

Zeidan *et al.*¹⁰⁵ demonstram que alguns dos efeitos benéficos da meditação podem ser obtidos após apenas quatro dias de treinamento considerando 20 minutos de prática diária, podendo servir como uma terapia complementar, eficaz em situações clínicas. Provavelmente, ocorre alteração da dor por meio do controle cognitivo, com reestruturação da avaliação contextual das informações nociceptivas, pela constelação de interações entre expectativas, emoções e avaliações cognitivas intrínsecas à construção da experiência sensorial, regulada pela habilidade metacognitiva de sustentação, sem julgamento, com foco nos momentos atuais.

A experiência de dor intensa ou duradoura ao estabelecer uma percepção perniciosa, pode reduzir a atividade física, resultando em sensação catastrófica de incapacidade, desamparo e falta de confiança no manejo ou

enfrentamento do sintoma, o que contribui para o desenvolvimento de depressão ou ansiedade¹¹¹.

Wachholtz e Pearce¹¹² mencionam que suporte social e espiritual promovem, dentre outros efeitos benéficos, o relaxamento. Tais efeitos podem proporcionar modificações neurofisiológicas, com alteração dos níveis de neurotransmissores, mudanças na condução e diferenças no limiar para o reconhecimento de sinais de dor, redução na atividade do eixo hipotálamo – hipófise - adrenal. O conjunto de modificações e alterações provoca variação de percepção da dor, aumentando ou diminuindo a sensibilidade e a tolerância.

Sendo assim, as profissionais de enfermagem no presente estudo, ao realizarem o PAM, aumentaram a tolerância e diminuíram a sensibilidade perceptiva para dor crônica musculoesquelética, utilizando o relaxamento como uma das ferramentas¹¹³. Seligman¹¹⁴ sugere que a capacidade de controlar um evento aversivo como a dor pode reduzir a ansiedade. Alguns pesquisadores já haviam demonstrado que a atenção plena é capaz de reduzir ansiedade, depressão e dor^{10,115}.

O grupo de Lazar¹¹⁶ estudou, por meio de ressonância magnética (RM), o cérebro de pessoas duas semanas antes e após oito semanas de meditação, comparando-os com um grupo controle, sem intervenção. A análise de imagens de RM se concentrou em áreas onde as diferenças associadas à meditação foram observadas em estudos anteriores. Encontraram maior densidade de matéria cinzenta no hipocampo, conhecido por ser importante para a aprendizagem e memória, e em estruturas associadas com a autoconsciência, compaixão e introspecção. Houve redução de densidade na amígdala cerebral do grupo de meditadores, a qual desempenha importante papel na ansiedade e estresse. Não houve alteração na ínsula, conforme estudos anteriores identificaram, ao que os autores atribuem ao curto tempo (oito semanas) de meditação no grupo intervenção.

Há evidências do efeito de meditar sobre a dor isoladamente e sobre ansiedade e depressão. Reconhecidamente pesquisadores demonstram a modulação da dor sobre sintomas depressivos e ansiosos e vice-versa. Em nosso estudo todas as participantes referiam dor crônica e pontuações

preocupantes para ansiedade e depressão, havendo redução significativa dos escores dos sintomas apontados ao término do PAM.

Uma revisão empírica de dez estudos apontou benefícios do programa MBSR no âmbito físico e mental diante das crescentes demandas enfrentadas pelos profissionais da saúde com alto índice de estresse e sintomas de *burnout* que podem denotar níveis de ansiedade e depressão acentuados¹¹⁷.

Na variável de pensamentos catastróficos sobre a dor (EPCD), os resultados foram relevantes após o término do programa (T1), indicando a melhora desta variável pela redução da frequência desses eventos.

Os resultados obtidos pela escala SELFCS demonstraram aumento do nível de autocompaixão nos diferentes momentos avaliados, ou seja, a descoberta da importância do cuidar-se, mesmo diante de uma rotina exigente de cuidados com os outros¹¹⁸, o que pode significar a melhora da consciência corporal, das posturas, dos limites do próprio corpo e consequente redução do sofrimento psicofísico das participantes^{117,119}.

Costa e Pinto-Gouveia¹²⁰ compararam aceitação da dor e autocompaixão. O subgrupo de baixa aceitação relatou maior autojulgamento, isolamento e sobre identificação. O aumento da autocompaixão assegura a apropriação da atenção plena. No estudo de Costa e Pinto-Gouveia¹²⁰, a maior pontuação em autocompaixão também se associou a menores índices de ansiedade, depressão e estresse.

Nosso estudo revelou que o PAM gerou escores mais elevados de autocompaixão no grupo de profissionais estudado, com efeito persistente por 20 semanas.

Conforme Neff¹²¹, o incremento da autocompaixão é um forte preditor de saúde mental e de bem-estar, estando positivamente relacionado com a satisfação com a vida, com a sabedoria e iniciativa pessoal, otimismo, conscienciosidade, cuidado, bondade, atitude positiva e calorosa diante de aspectos desagradáveis, inerentes à condição humana como a dor¹²².

Esses dados corroboram com os depoimentos sobre a apropriação da atenção plena e o repensar o autocuidado, com atitude mais empática e compassiva consigo mesma.

Os dados qualitativos – nuvem de palavras – revelam uma modificação de postura das participantes, que deixaram de salientar a dor para realçar a atenção, tempo e cuidado para si.

A variável de atenção e consciência plenas MAAS, não apresentou relevância estatística em nenhum momento do estudo. Este resultado pode ter ocorrido por se tratar de um instrumento de análise unifatorial centrada no mecanismo autorregulatório da atenção, deixando de contemplar outros componentes relacionados com a proposta de *mindfulness*⁹.

Num estudo brasileiro não houve diferença significativa entre grupos que meditam e aqueles que não o fazem, quando se considera a pontuação na escala MAAS, (n= 67 pessoas, predominantemente mulheres, de nível socioeconômico e cultural semelhante ao das técnicas de enfermagem que estudamos, inclusive na média de idade). Os resultados deste estudo advertem que a escala não identifica níveis de traço de atenção plena entre os que meditam¹²³.

Em outro estudo, MacKillop e Anderson¹²⁴ obtiveram resultados semelhantes, não encontrando diferenças categóricas significativas entre indivíduos com e sem experiência de meditação e nenhuma associação contínua significativa, evidente na amostra global ou em indivíduos relatando experiência com meditação.

Em seu estudo de validação original, Brown e Ryan¹²⁵ examinaram praticantes zen-budistas de meia-idade que foram recrutados diretamente de um mosteiro Zen, encontrando relações categóricas e contínuas significativas entre MAAS e a experiência com meditação. Tal qual a amostra de MacKillop e Anderson¹²⁴, nossas participantes do estudo praticavam *mindfulness* a não mais que 20 semanas. A nosso critério talvez a escala MAAS não consiga discriminar grupos nestas circunstâncias. Estes dados sugerem que não existem diferenças claras na atenção plena (medida pelo MAAS) entre os meditadores novatos e aqueles sem experiência com meditação. Os achados sugerem que MAAS pode ter utilidade clínica para avaliar objetivamente o nível de atenção de um indivíduo, mas sem acurácia para estudos com iniciantes em meditação.

Em nosso estudo, a apropriação do conceito da atenção plena como um despertar para o autocuidado, contribuiu para o autoconhecimento e compreensão dos fatores determinantes para o manejo da dor, favorecendo a aceitação da própria realidade com maior corresponsabilização pela sua própria condição de saúde.

Nas análises da variável da percepção da qualidade de vida total e domínios físico, psicológico e global por meio do WHOQOL - Breve, os resultados obtidos foram positivos e relevantes.

Benefícios na qualidade de vida foram salientados pela maioria das participantes após o término do programa (T1-T2). As falas expressaram que as práticas podem ser utilizadas como ferramenta positiva na melhora da qualidade do sono com sensação de descanso, ao dormir de maneira mais relaxada, com consequente alívio das dores e redução do estresse diante da sobrecarga da rotina do trabalho.

Nas variáveis “relações sociais e meio ambiente” do WHOQOL não houve resultados significativos após a intervenção. Durante a observação em campo, foram constatados equipamentos necessitando reparos e riscos de sobrecarga física na categoria estudada ao manusear e/ou transportar o paciente. A necessidade de um espaço apropriado para descanso foi considerado um fator relevante para a categoria⁴⁴.

Num estudo utilizando WHOQOL-bref, os autores Nyklicek, Dijkman e Lenders¹²⁶ observaram que a atenção plena parece intervir principalmente por meio dos benefícios psicológicos sobre a ansiedade e depressão como principal ingrediente do incremento da qualidade de vida. Em seu relato não obtiveram melhora nos domínios físico e escore global, como em nosso caso.

Khoury *et al.*¹²⁷ em uma metanálise concluíram que a atenção plena - MBSR é moderadamente eficaz na redução do estresse, depressão, ansiedade e angústia e na melhoria da qualidade de vida de indivíduos saudáveis.

Recentemente um estudo brasileiro com 13 profissionais de enfermagem, (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem trabalhando em um hospital), utilizando a escala WHOQOL-bref revelou aumento significativo ($p < 0,05$) apenas nos domínios físico e psicológico pós-intervenção,

os quais se mantiveram no seguimento. Entretanto, nesse estudo não houve incremento na autocompaixão entre os participantes¹²⁸.

Houve melhora dos sintomas dolorosos, de ansiedade e depressão e de qualidade de vida, autocompaixão, sem haver mudança significativa na escala de atenção (MAAS), no ambiente e nas relações sociais (WHOQol-Bref).

Lazar e colaboradores¹²⁹ advogam que a meditação regula a atenção, a consciência corporal e as emoções, remetendo a uma reavaliação, extinção e reconsolidação, com mudança de perspectiva sobre o eu.

Em concordância com as observações do grupo de Lazar¹²⁹, nossos resultados apontam mudanças internas e na qualidade de vida dos participantes, sem que ocorressem modificações no ambiente em que vivem e trabalham e nas relações sociais.

Há efeitos deletérios diante da precarização do ambiente laboral e não laboral como no cuidado que se estende ao lar e a família, longos deslocamentos até o local de trabalho, limitações físicas e emocionais para exercer suas funções, com danos também para o empregador, relações conflituosas no âmbito pessoal e profissional, alta demanda de trabalho com quadro reduzido de funcionários, pressão da chefia e baixos salários com necessidade de extensão da carga de trabalho para complementação da renda familiar^{43,59,129}.

Nossos achados são concordantes com os de Silva *et al.*⁴⁴, Chao e Henshaw⁹⁵, reforçando a necessidade de um repensar sobre desenvolvimento e implementação de estratégias para o manejo da dor e consequente sofrimento do trabalhador no ambiente de trabalho.

De fato, há dificuldades diante da necessidade de cuidar de si em meio a tantas demandas, mas só diante da possibilidade de observar os desafios da vida e reconhecer como as experiências se apresentam é que se pode optar por escolhas mais conscientes para transformar uma realidade que, muitas vezes, depende do coletivo.

Não houve diferença significativa em nenhuma variável nos momentos pós-intervenção e follow-up, os escores e médias se mantiveram inalterados sugerindo o efeito duradouro ao longo das doze semanas do estudo, mesmo sem a presença do instrutor. Os benefícios mantidos com as práticas foram

relatados por cinco das sete entrevistadas com a inserção das práticas no cotidiano; os depoimentos apontaram diferentes estratégias criadas pelas participantes dentro de cada realidade para a manutenção das práticas aprendidas durante o programa.

A importância da continuidade do PAM, como um espaço de partilha e aprendizado entre pessoas com interesses comuns foi salientada por algumas participantes. Pichon-Rivière ressalta que o espaço de partilha em grupo é capaz de estimular uma forma renovada do olhar para si: pessoas com dores e desafios semelhantes buscam por meio das trocas, formas alternativas de convívio e enfrentamento, uma vez que a partir da convivência com o outro se torna possível desenvolver novas facetas em si⁹⁹.

Apesar da simplicidade das intervenções, alguns requisitos como motivação e disciplina para as práticas em casa, inseridas no cotidiano, trouxeram benefícios que se mantiveram no tempo de observação.

O estudo multicêntrico entre as Universidades de Zaragoza na Espanha e na UNIFESP/Brasil, sugere a implementação de grupos de manutenção após o programa de *mindfulness*, com sessões semanais, a fim de encorajar a aderência e continuidade com as práticas da atenção plena, considerando que em média 70% se desmotivam e não conseguem manter as práticas no cotidiano¹³⁰. A motivação e comprometimento são fundamentais para manter a boa relação entre profissionais e a instituição em que atuam¹³¹.

Nos relatos e entrevistas observou-se o interesse da maioria das participantes em manter o PAM como proposta voltada ao cuidado do trabalhador. Sugere-se que este interesse seja considerado no âmbito institucional com vistas à reflexão sobre a dinâmica do processo de trabalho e de ações de promoção da saúde que contribuam para a mudança do atual cenário de adoecimento na categoria.

Neste contexto, faz-se necessário um modelo de ações pedagógicas adaptável, considerando a cultura e realidade local das pessoas que terão acesso ao programa de *mindfulness*¹¹⁹.

Um dos desafios da incorporação da atenção plena na rotina das pessoas é o tempo. Carmody e Baer⁶⁸ revisaram a duração das práticas, avaliando o efeito da redução do tempo de prática em pessoas saudáveis

adultas (estudantes, trabalhadores, profissionais da saúde, estudantes de medicina) e em pacientes com variados problemas clínicos (câncer, estresse crônico, transplantes, fibromialgia, ansiedade, dores crônicas, abuso de substância e HIV), encontrando efeitos positivos nos desfechos e maior aderência à proposta.

No PAM foram realizados sob supervisão oito encontros presenciais para as práticas de Mindfulness com redução da duração das sessões para 60 minutos e tarefa diária de 20 minutos de prática individual ao longo do estudo - durante 20 semanas. Doze das 20 semanas ocorreram sem o estímulo dos encontros presenciais semanais, onde participantes se comprometeram a continuar praticando no cotidiano.

Em concordância com a literatura, a redução do tempo de práticas presenciais e no cotidiano não reduziu o impacto positivo dos resultados obtidos. Houve modificação positiva e importante logo após as oito semanas nos demais parâmetros estudados, com exceção dos domínios relações sociais e meio ambiente, da escala de WHOQOL – bref e na escala de atenção plena. Os aspectos no ambiente laboral pouco se modificaram ao longo de vinte semanas de acompanhamento dos sujeitos da pesquisa.

O presente estudo se baseou em uma intervenção adaptada, autoaplicável, de baixo custo operacional, com benefício individual, coletivo e institucional que possibilita maior adesão de profissionais. A necessidade de implementação de programas baseados em *mindfulness*, considerando os diferentes contextos populacionais, encontra respaldo na literatura especializada.

O estudo realizado em um hospital na Pensilvânia avaliou, por meio de entrevistas, enfermeiros que participaram de um programa baseado em *Mindfulness* para redução de estresse. O impacto do programa foi benéfico nos aspectos emocionais e físicos com melhora de dores, nas relações com a família e um despertar para o autocuidado. Também proporcionou um ambiente mais seguro e agradável aumentando a disposição do profissional para o trabalho e consequente benefício à instituição¹³².

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo avaliou um grupo homogêneo de profissionais, da categoria técnica de enfermagem, em um

programa adaptado de *mindfulness* para o manejo da dor crônica. Acreditamos que o presente estudo preenche a maior parte das lacunas abordadas por revisões sistemáticas que utilizam MBIs como estratégia complementar e integrativa na melhoria da saúde física e mental.

Algumas limitações do estudo precisam ser mencionadas como a amostra ter sido composta sem grupo controle.

Estamos entre as pesquisas que revelam as possíveis limitações da escala MAAS para medida de evolução de atenção^{122,133}.

A maioria dos sujeitos do estudo (91%) relatou o uso de analgésicos e anti-inflamatórios (25%) antes do programa. Consideramos uma limitação de nosso estudo a não reavaliação desta variável, de modo quantitativo, com todos os participantes após o término do estudo apesar dos dados qualitativos revelarem a redução da necessidade do uso de medicamentos para a dor.

O acompanhamento das participantes ocorreu até a vigésima semana de forma positiva. Acreditamos que são necessários mais estudos com acompanhamento mais longo – *follow up* de longa duração - a fim de avaliar a continuidade dos efeitos no cotidiano.

O estudo não avaliou o impacto na assistência ao paciente; na assiduidade ao trabalho e na evolução de restritos para não restritos.

Os resultados quantitativos tiveram desfechos favoráveis nos escores de seis das sete escalas aplicadas nas 64 participantes avaliadas em três diferentes momentos do estudo, isto é, foram controles de si próprias, numa amostra representativa.

Os achados pelos dados qualitativos, associados à relevância quantitativa pelos instrumentos de avaliação, expressam a eficácia do PAM como um espaço de aprendizado e de trocas que atuou como ferramenta facilitadora, ao promover o olhar para si e consequente desenvolvimento de estratégias de autocuidado com melhora da dor, nos aspectos físico e emocional e na percepção da qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

1. Os resultados obtidos neste estudo por meio das análises quantitativa e qualitativa apontam que o Programa Adaptado para as práticas de *Mindfulness* (PAM), baseado no manejo da dor musculoesquelética, com oito encontros semanais de duração de 60 minutos e tarefa diária de 20 minutos de prática individual, pode influenciar positivamente para a melhora dos aspectos físicos e emocionais da dor e na qualidade de vida como ação factível e eficaz para a saúde do trabalhador da enfermagem no ambiente estudado.

2. O estudo contou com a colaboração das chefias dos setores estudados, principalmente até a implementação do programa. O cenário encontrado durante as observações em campo reforça a realidade de sobrecarga das demandas físicas e emocionais, pode favorecer o adoecimento na categoria da enfermagem. Houve necessidade de ajuste nos horários para os encontros previamente combinados com as chefias, resultando em um percentual de participantes que compareceram aos encontros presenciais fora da jornada de trabalho.

3. De acordo com nossos achados, o PAM contribuiu para a redução dos sintomas dolorosos, níveis de ansiedade e depressão e aumento da autocompaixão e percepção da qualidade de vida total, global e nos domínios físico e psicológico com resultados que surgiram desde o final da intervenção (T1), mantendo-se no *follow-up* de doze semanas (T2). Não houve significância estatística pela análise quantitativa nos domínios meio ambiente e relações sociais (WHOQOL-bref) e no nível de atenção e consciência plenas.

4. Os resultados quantitativos entre os momentos T1 e T2 sugerem a manutenção dos efeitos das práticas ao longo do estudo. Este dado corrobora com os dados qualitativos que cofirmam a incorporação e a continuidade das práticas da atenção plena no cotidiano das participantes, como ferramenta facilitadora ao promover o olhar para si e consequente desenvolvimento de estratégias de autocuidado.

Esperamos que os achados apresentados neste estudo contribuam para alavancar outras pesquisas com temáticas e públicos semelhantes diante da hipótese testada, por meio da associação das análises quantitativas e qualitativas ao avaliar a eficácia de programas de *mindfulness*, adaptado ao contexto da saúde do trabalhador da enfermagem no âmbito hospitalar, sob uma gestão participativa, corresponsabilizando todos os envolvidos no processo.

Anexo A – Inventário de Ansiedade Traço Estado – IDATE-T

AVALIAÇÃO COMO SE SENTE SEMPRE (TRAÇO)

QUASE SEMPRE	FREQUENTEMENTE	ÁS VEZES	QUASE NUNCA
4	3	2	<u>1</u>

Item	Descrição	1	2	3	4
1	Sinto-me bem				
2	Canso-me facilmente				
3	Tenho vontade de chorar				
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser				
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas				
6	Sinto-me descansado (a)				
7	Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo				

8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver				
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância				
10	Sou feliz				
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12	Não tenho confiança em mim mesmo (a)				
13	Sinto-me seguro (a)				
14	Evito ter de enfrentar crises e problemas				
15	Sinto-me deprimido (a)				
16	Estou satisfeito (a)				
17	Às vezes, ideias sem importância entram em minha cabeça e ficam me preocupam				
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				
19	Sou uma pessoa estável				
20	Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento				

Anexo B – Inventário de Depressão de Beck – BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 - Não me sinto triste. 1 - Eu me sinto triste. 2 - Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 - Estou tão triste ou infeliz que não consigo	6	0- Não acho que esteja sendo punido. 1- Acho que posso ser punido. 2- Creio que vou ser punido. 3- Acho que estou sendo punido.
---	---	---	--

	suportar.		
2	<p>0 - Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 - Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 - Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 - Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	7	<p>0 - Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 - Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 - Estou enojado de mim.</p> <p>3 - Eu me odeio.</p>
3	<p>0 - Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 - Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.</p> <p>2 - Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 - Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p>	8	<p>0 - Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 - Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 - Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 - Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
4	<p>0 - Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 - Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 - Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 - Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>	9	<p>0 - Não tenho quaisquer ideias de me matar.</p> <p>1 - Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 - Gostaria de me matar.</p> <p>3 - Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
5	<p>0 - Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 - Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>2 - Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.</p> <p>3 - Eu me sinto sempre culpado.</p>	10	<p>0 - Não choro mais que o habitual</p> <p>1 - Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 - Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.</p>

Continua na página seguinte

11	<p>0 - Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 - Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 - Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 - Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p>	17	<p>0 - Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 - Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2- Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 - Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>
12	<p>0 - Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>1 - Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>2 - Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 - Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p>	18	<p>0 - O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 - Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 - Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 - Absolutamente não tenho mais apetite.</p>
13	<p>0- Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 - Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.</p> <p>2 - Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p> <p>3 - Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>	19	<p>0 - Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 - Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 - Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 - Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () sim () não</p>
14	<p>0 - Não acho de qualquer modo que pareço pior do que antes.</p> <p>1 - Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 - Acho que há muitas mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 - Acredito que pareço feio.</p>	20	<p>0 - Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 - Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 - Estou muito preocupado com problemas físicos e é muito difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 - Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
15	<p>0- Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1- É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2- Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3- Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p>	21	<p>0 - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pelo sexo.</p> <p>1 - Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 - Estou muito menos interessado por sexo do que agora.</p> <p>3 - Perdi completamente o interesse pelo sexo.</p>
16	<p>0- Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1- Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2- Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3- Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>		

Anexo C – Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares – QNSO

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

DISTÚRBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

Por favor, responda às questões colocando um "X" no quadrado apropriado _ um "X" para cada pergunta. Por favor, responda a todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. Esta figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

	Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento/dormência) em:	Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?
PESCOÇO	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
OMBROS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
COTOVELO	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
PUNHOS/MÃOS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
PARTE INFERIOR DAS COSTAS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
QUADRIL/ COXAS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
JOELHOS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
TORNOZELOS/ PÉS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim

Anexo D – Escala de Pensamentos Catastróficos Sobre Dor – EPCD

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Na maior parte do tempo, nós dizemos coisas. Por exemplo: nós encorajamos a fazer coisas, nós culpamos quando cometemos um erro ou nós recompensamos por algo que fizemos com sucesso. Quando estamos com dor, freqüentemente também nós dizemos coisas que são diferentes das coisas que nós dizemos quando estamos nos sentindo bem. Abaixo existe uma lista de pensamentos típicos de pessoas que estão com dor. Por favor, leia cada uma dessas frases e marque com que freqüência você tem estes pensamentos quando sua dor esta forte.

Por favor, circule o número que melhor descreve a sua situação utilizando esta escala:

0 = quase nunca até 5 = quase sempre.

	Quase nunca			Quase sempre		
	0	1	2	3	4	5
1. Não posso mais suportar esta dor.						
2. Não importa o que fizer minhas dores não mudarão.						
3. Preciso tomar remédios para dor.						
4. Isso nunca vai acabar.						
5. Sou um caso sem esperança.						
6. Quando ficarei pior novamente?						
7. Essa dor esta me matando.						
8. Eu não consigo mais continuar.						
9. Essa dor esta me deixando maluco.						

Anexo E – Escala de Atenção Plena e Consciência – MAAS

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito frequentemente	Relativamente frequentemente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca

1. Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.	1 2 3 4 5 6
2. Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.	1 2 3 4 5 6
3. Eu tenho dificuldade em estar focado no que está acontecendo no presente.	1 2 3 4 5 6
4. Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.	1 2 3 4 5 6
5. Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.	1 2 3 4 5 6
6. Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.	1 2 3 4 5 6
7. Parece que estou funcionando no “piloto automático” sem ter muita consciência do que estou fazendo.	1 2 3 4 5 6
8. Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.	1 2 3 4 5 6
9. Eu fico tão focados no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.	1 2 3 4 5 6
10. Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo..	1 2 3 4 5 6
11. Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo	1 2 3 4 5 6
12. Há coisas sobre as quais eu tento não pensar.	1 2 3 4 5 6
13. Encontro-me preocupado com o futuro e com o passado.	1 2 3 4 5 6
14. Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.	1 2 3 4 5 6
15. Eu como sem estar consciente do que estou comendo	1 2 3 4 5 6

Anexo F – Escala de Autocompaixão – SELFCS

Nome: _____ Data ____/____/____

Como é que, habitualmente me comporto em momentos difíceis? Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item, circunde a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre

1	Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.	1	2	3	4	5
2	Quando me sinto em baixo, tendo a fixar-me e a ficar obcecado (a) com tudo aquilo que está errado.	1	2	3	4	5
3	Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.	1	2	3	4	5
4	Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.	1	2	3	4	5
5	Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.	1	2	3	4	5
6	Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.	1	2	3	4	5
7	Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	1	2	3	4	5
8	Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro (a) comigo mesmo (a).	1	2	3	4	5
9	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).	1	2	3	4	5
10	Quando me sinto inadequado (a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, sente o mesmo.	1	2	3	4	5
11	Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.	1	2	3	4	5
12	Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida, dou a mim próprio (a) a ternura e afeto que necessito.	1	2	3	4	5

Continua na próxima página

1	2	3	4	5
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre

13	Quando me sinto em baixo, tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	1	2	3	4	5
14	Quando alguma coisa dolorosa acontece, tento ter uma visão equilibrada da situação.	1	2	3	4	5
15	Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana	1	2	3	4	5
16	Quando vejo aspectos de mim próprio (a) que não gosto fico muito em baixo.	1	2	3	4	5
17	Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).	1	2	3	4	5
18	Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.	1	2	3	4	5
19	Sou tolerante e afetuoso (a) comigo mesmo (a) quando experiencio sofrimento.	1	2	3	4	5
20	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
21	Posso ser bastante frio (a) e duro (a) comigo mesmo (a) quando experiencio sofrimento.	1	2	3	4	5
22	Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	1	2	3	4	5
23	Sou tolerante com os meus erros e inadequações.	1	2	3	4	5
24	Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a enxergar a sua importância.	1	2	3	4	5
25	Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho (a) no meu fracasso.	1	2	3	4	5
26	Tendo ser compreensivo (a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.	1	2	3	4	5

Anexo G – Questionário de Qualidade de Vida – WHOQOL-Breve

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você	1	2	3	4	5

	recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **acom que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

8 REFERÊNCIAS

1. Demarzo M, Campayo JG. Manual Prático Mindfulness. Curiosidade e Aceitação. São Paulo: Palas Athena, 2015.
2. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta, 1990.
3. Bishop SR, Lau M, Shapiro S *et al.* Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077.
4. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4(1):33-47.
5. Larzelere MM, Jones GN. Primary Care: Clinics in Office Practice Stress and Health. Wellness and Prevention. *Elsevier Ltd. Science Direct*. 2008;35(4):839–856.
6. Bush M, Kohlrieser G. Mindfulness and Conflict Resolution. In: Working with Mindfulness: Research and Practice of Mindful Techniques in Organisations. Florence MA: More than Sound, 2013.
7. Silverton S. Viver Agora: um programa revolucionário de combate ao estresse, à ansiedade e à depressão. São Paulo: Alaúde editorial LTDA, 2012.
8. Burch V. Viva bem com a dor e a doença: o método da atenção plena. São Paulo: Summus editorial, 2011.
9. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T *et al.* How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011;6:537. doi: doi/abs/10.1177/1745691611419671.
10. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA *et al.* The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78:169-183. doi: 10.1037/a0018555.

11. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):1083-9. doi: 10.1037/a0012720.
12. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG *et al.* Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615-23.
13. Bowen S, Witkiewitz K, Dilworth TM *et al.* Mindfulness meditation and substance use in a incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2006;20(3):343-347. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.343>.
14. Tapper K, Shaw C, Illesley J *et al.* Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite.* 2009;52(2):396-404. doi: 10.1016/j.appet.2008.11.012.
15. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A *et al.* Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2007;76:226-233.
16. Carlson L, Speca M, Faris P *et al.* One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun.* 2007;21(8):1038-49. doi: 10.1016/j.bbi.2007.04.002.
17. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J *et al.* Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65(4):564-70.
18. Jacobs TL, Epel ES, Lin J *et al.* Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology.* 2011;36(5):664-81. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.09.010.

19. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med.* 2008;31(1):23-33. doi: 10.1007/s10865-007-9130-7.
20. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med.* 2009;15(5):593-600. doi: 10.1089/acm.2008.0495.
21. Jha AP, Krompinger J, Baime MJ. Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* 2007;7(2):109–119.
22. Ortnor CNM, Kilner SJ, Zelazo PD. Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motiv Emot.* 2007;31:271–283. doi: 10.1007/s11031-007-9076-7.
23. Pagnoni G, Cekic M. Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiol Aging.* 2007;28(10):1623-7. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2007.06.008.
24. Slagter HA, Lutz A, Greischar LL *et al.* Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biol.* 2007;5(6):e138. doi: 10.1371/journal.pbio.0050138.
25. Morone NE, Lynch CS, Greco CM *et al.* "I felt like a new person." the effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain.* 2008;9(9):841-8. doi: 10.1016/j.jpain.2008.04.003.
26. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10(2):125–143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015.
27. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry.* 2007;18:211–237. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598298>.

28. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear – avoidance and its consequences in musculoskeletalpain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
29. Schütze R, Rees C, Preece M *et al*. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*. 2010;148(1):120-7. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.030.
30. Kozak, A. Mindfulness in the management of chronic pain: Conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 2008;12(2):115-118. doi: <https://doi.org/10.1053/j.trap.2008.01.007>.
31. Williams M, Penman D. Atenção plena Mindfulness: Como encontrar a paz em um mundo frenético. Rio de Janeiro: GMT Editores, 2015.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da saúde, 2015.
33. Cardoso, R. Medicina e meditação: Um médico ensina a meditar. São Paulo: MG Editores, 2011.
34. Cardoso R, Souza E, Camano L *et al*. Meditation in health: na operational definition. *Brain Res Brain Res Protoc*. 2004;14(1):58-60. doi: 10.1016/j.brainresprot.2004.09.002.
35. Vaz M, Benfica FS. The experience of the Forensic Anthropology Service of the Medical Examiner's Office in Porto Alegre, Brazil. *Forensic Sci Int*. 2008;179(2-3):e45-9. doi: 10.1016/j.forsciint.2008.05.004.
36. Lelis CM, Battaues MRB, Taubert FC *et al*. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):477-82.
37. Lunardi VL *et al*. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004;12(6):933-939. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>.
38. Ciampone MHT, Melleiro MMO. O Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: Kurcgant P (org.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 4, p. 35-50, 2010.

39. Minayo-Gomez CM, Thedim-Costa SMF. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*. 1997;13(2):21-32.
40. Maeno M, Salerno V, Rossi DAG *et al.* Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
41. Coggon D, Ntani G, Palmer KT *et al.* The CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) study: methods of data collection and characteristics of study sample. *PLoS One*. 2012;7(7):e39820. doi: 10.1371/journal.pone.0039820.
42. Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ *et al.* Cargas de Trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(6):1290-7. doi: 10.1590/0104-1169.2992.2366.
43. Felli VEA; Tronchin DMZ. A qualidade de vida de vida no trabalho e a saúde do trabalhador na enfermagem. In: Kurcgant P (org.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 8, p. 85-100, 2010.
44. Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA *et al.* Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(1):[09 telas].
45. Sarquis LMM, Felli VEA, Mininel VA. Ergonomics and Healthcare Workes.Federal University of Paraná (Brazil and others). In: Zannin PHT (editor) Nova Science publishers, cap. 7, pp.115-38, 2013.
46. Baptista PCV, Merighi MAB, Silva A. Angústia de mulheres trabalhadoras de enfermagem que adoecem por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Bras Enferm, Brasília*. 2011;64(3):438-44.
47. Donatelli S. Análise dos acidentes com material biológico em hospital universitário: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

48. Santos K. Acidentes com material biológico e sua relação com os fatores de dentro e fora do trabalho: estudo multinível com trabalhadores da enfermagem de um hospital público [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.
49. McEwen BS. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000;22(2):108-24. doi: 10.1016/S0893-133X(99)00129-3.
50. Braz MV. Sentido no trabalho e crise no tecido simbólico social: da psicodinâmica do trabalho à psicossociologia. *R Laborativa*. 2014;3(2):73-85.
51. Sennet R. A cultura do novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2006.
52. Carvalho MMMJ. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus Editorial, 1999.
53. Leite PC, Merighi MAB, Silva A. The Experience of Woman working in Nursing Suffering from Quervain's Disease. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(2):253-8.
54. Bourke J. The Story of Pain. London: Oxford University Press, 2014.
55. Helm BW. Felt Evaluations: A Theory of Pleasure and Pain. *American Philosophical Quarterly*. 2002;39(1):13-30.
56. Van Leeuwen MT, Blyth FM, March LM *et al*. Chronic pain and reduced work effectiveness: the hidden cost to Australian employers. *Eur J Pain*. 2006;10(2):161-6. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.02.007.
57. Muszkat ME. Guia prático de mediação de conflitos em famílias e organizações. São Paulo: Summus editorial, 2008.
58. Galtung J. Institutionalized conflict resolution: a theoretical paradigma. *Journal of Peace Research*. 1995;2(4):348-397.
59. Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: Kurcgant P (org.) Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 5, p.35-50, 2010.
60. Lederach JP. Transformação de Conflitos. São Paulo: Palas Athena, 2012.
61. Dietrich W. Uma Breve Introdução à Pesquisa sobre Paz Transracional e Método de Transformação de Conflito Elicitivo. Tradução de Vollet NLR. Londres: Palgrave Macmillan, 2012.

62. Hospital das Clínicas. [citado em 17 abr. 2015]. Disponível em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=225.
63. SESMT/HCFMUSP – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015.
64. Cunha AGJ. Asma, ansiedade e alterações de equilíbrio: a conexão pulmão-cérebro-labirinto [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2012.
65. Escosteguy CC. Metodologia de ensaios clínicos randomizados. *Arq Bras Cardiol*. 1999;72(2):139-143.
66. Burch V, Penman D. Mindfulness for Health: a practical guide to relieving pain, reducing stress and restoring wellbeing. London: Piatkus, 2013.
67. Crane RS, Brewer J, Feldman C *et al*. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine, Cambridge University Press*. 2016:1-10. doi:10.1017/S0033291716003317.
68. Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *J Clin Psychol*. 2009;65:627-638. doi: 10.1002/jclp.20555.
69. Klatt MD, Buckworth J, Malarkey WB. Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-Id) on Working Adult. *Health Educ Behav*. 2009;36:601-614. doi: 10.1177/1090198108317627.
70. Louw A, Diener I, Butler DS *et al*. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(12):2041-56. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.198.
71. Andersen TE, Vaegter HB. A 13-Weeks Mindfulness Based Pain Management Program Improves Psychological Distress in Patients with Chronic Pain Compared with Waiting List Controls. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2016;12:49-58. doi: 10.2174/1745017901612010049.
72. Mente Aberta - Mindfulness Brasil. Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde. [citado em 12 dez. 2015]. Disponível em: <https://mindfulnessbrasil.com/>.

73. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvel CV. Validação do questionário nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36(3):307-312. doi: 10.1590/S0034-89102002000300008.
74. Telles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med Port*. 2009;22:89-98.
75. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado-idate. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.
76. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI Beck: depression inventory Manual. San Antonio Tex: Psychological Corp, 1993.
77. Gomes-Oliveira MH, Goresntein C, Neto FL *et al*. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2012;34(4):389-394. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.005.
78. Sardá JJ, Nicholas MK, Pereira IA *et al*. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiatr*. 2008;15(1):31-36. doi: 10.5935/0104-7795.20080001.
79. Atanes, ACM, Barros VV, Ronzani T *et al*. Validade e confiabilidade da “Escala de Atenção Plena e Consciência” (MAAS) e “Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness” (FFMQ) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Brasmedfam comunidade*. 2012;7(1):78.
80. Park T, Reilly-Spong M, Gross C. Mindfulness: A systematic review of instruments to measure na emergent patient reported outcome (PRO). *Qual Life Res*. 2013;22(10):2639-59. doi: 10.1007/s11136-013-0395-8.
81. Castilho P, Gouveia JP. Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e psicopatologia. *Psychologica*. 2011;54:203-30.
82. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identit*. 2003;2:85-102. doi: 10.1080/15298860390129863.

83. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública, São Paulo.* 2000;34(2). doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
84. Cohen, J. Statistical Power analysis for the behavioral Sciences. Hillsdale NJ: Erlbaum, 1988.
85. Uriarte UM. O que é fazer etnografia para os antropólogos. *Ponto Urbe [Online]*. 2012. doi: 10.4000/pontourbe.300.
86. Vêras RM (org.). Introdução à Etnografia Institucional. Mapeando as práticas na assistência à Saúde. Salvador: EDUFBA, 2014.
87. Da Matta R. Relativizando, uma introdução a antropologia social. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1981.
88. Malinowski B. Argonautas do Pacífico Ocidental. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia. São Paulo: Ebril cultural, 1978.
89. Tavares, SMG. Pesquisa participante: possibilidades e repercussões na área de educação em saúde. Educação em saúde. *Boletim Instituto Saúde.* 2004;34:15.
90. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.
91. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
92. Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm.* 2008;16(4):569-76.
93. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
94. Mingoti SA. Análise de Agrupamentos (Cluster). In: Mingoti SA (org.). Análise de Dados através de Métodos de Estatística Multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.
95. Chao EL, Henshaw JL. Guidelines for Nursing Homes Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders. United States: Occupational Safety Health Administration (OSHA), 2009.

96. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
97. Pereira TTSO. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*. 2013;14(1).
98. Gayotto MLC, Domingues I. Liderança: aprenda a mudar em grupo. Rio de Janeiro: Editora vozes, 1995.
99. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
100. Khouri DG, Santos CD, Tunala RG *et al*. Aconselhamento em promoção de saúde. In: Nunes MPT, Chin AL, Martins MA *et al*. (org.). Clínica médica: grandes temas na prática. São Paulo: Atheneu; 2010.
101. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
102. Bush M, Kohlrieser G. Working with Mindfulness: Mindfulness and Conflict Resolution. Florence MA: More Than Sound LLC, 2013.
103. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ *et al*. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-55. doi: 10.1080/09593985.2016.1194646.
104. Feldman G, Greeson J, Serville J. Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behav Res Ther*. 2010;48(10):1002-11. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.006.
105. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC. Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *J Neurosci*. 2011;31:5540-5548. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5791-10.2011.
106. Koyama T, McHaffie JG, Laurienti PJ *et al*. The subjective experience of pain: Where expectations become reality. *PNAS*. 2005;102(36):12950-12955. doi: 10.1073/pnas.0408576102.
107. Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull*. 2006;132(2):180-211. doi: 10.1037/0033-2909.132.2.180.

108. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.* 2010;19(2):597-605. doi: 10.1016/j.concog.2010.03.014.
109. Pessoa L, McKenna M, Gutierrez E. Neural processing of emotional faces requires attention. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2002;99(17):11458–11463. doi: 10.1073/pnas.172403899.
110. Brown CA, Jones AK. Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *Pain.* 2010;150(3):428-38. doi: 10.1016/j.pain.2010.04.017.
111. Fernandez M, Colodro-Conde L, Hartvigsen J *et al.* Chronic low back pain and the risk of depression or anxiety symptoms: insights from a longitudinal twin study. *Spine J.* 2017;S1529-9430(17)30076-1. doi: 10.1016/j.spinee.2017.02.009.
112. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med.* 2007;30(4):311-8. doi: 10.1007/s10865-007-9114-7.
113. Wachholtz AB, Pearce MJ. Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Science Inc.* 2009;13:127-132. doi:10.1007/s11916-009-0022-0.
114. Seligman MEP. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment.* New York: Free Press, 2002.
115. Goyal M, Singh S, Sibinga EM *et al.* Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):357-68. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.
116. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M *et al.* Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 2011;191(1):36-43. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.08.006.
117. 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. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.01.002.

118. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? *J Altern Complement Med.* 2015;21:496-503. doi: 10.1089/acm.2014.0281.
119. Cebolla A, Campayo JG, Demarzo M *et al.* Mindfulness y Ciencia. Madrid: Alianza Editorial, 2014.
120. Costa J, Pinto-Gouveia J. Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(4):292-302. doi: 10.1002/cpp.718.
121. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity.* 2003;2:223-250. doi: 10.1080/15298860390209035.
122. Neves CSS. A relação entre Mindfulness, Auto-Compaixão, Vergonha e Psicopatologia em praticantes e não praticantes de Meditação/Yoga. [Dissertação] – Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2011.
123. Barros VV, Kozasa EH, Souza ICW *et al.* Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psychology.* 2015;28:87-95. doi: 10.1590/1678-7153.201528110.
124. MacKillop J, Anderson EJ. Further psychometric validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2007;29:289-293. doi:10.1007/s10862-007-9045-1.
125. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2003;84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
126. Nyklíček I, Dijkman SC, Lenders PJ *et al.* 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;37:135. doi: 10.1007/s10865-012-9475-4.
127. Khoury B, Sharma M, Rush SE *et al.* Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research.* 2015;78(6):519–528. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009.

128. dos Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS *et al.* Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore (NY)*. 2016;12(2):90-9. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005.
129. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR *et al.* Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*. 2005;12:164-176. doi: 10.1037/1072-5245.12.2.164.
130. Demarzo M, Campayo JG. Mindfulness maintenance groups: the University of Zaragoza model. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2015;43(1):1-90.
131. Nishio EA, Baptista MACS. Educação Permanente em Enfermagem: A evolução da educação continuada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
132. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T *et al.* The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract*. 2005;19(1):26-35.
133. Park T, Reilly-Spong M, Gross CR. Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Qual Life Res*. 2013;22(10):2639-59. doi: 10.1007/s11136-013-0395-8.

Apêndice A – Aprovação do estudo pelo CEP

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: MEDITAÇÃO E CONFLITO DA DOR NOS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO: UMA EXPERIÊNCIA COM AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Versão: 2

Pesquisador Executante: Shirlene Aparecida Lopes

CAAE: 32495814.8.0000.0068

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Orientador: Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Instituição: HCFMUSP

Departamento: CLÍNICA MÉDICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 12357

Número do Parecer: 759.206

Data da Relatoria: 20/08/2014

Apresentação do Projeto: Esclarece o uso de prática que focará a atenção na respiração, na experiência dos pensamentos, emoções e sensações corporais, simplesmente observando como elas surgem e desaparecem nos participantes, conforme critérios estabelecidos no estudo.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar a influência da prática da meditação mindfulness como estratégia na mediação do conflito da dor nos sintomas de DORT em auxiliares e técnicos de enfermagem da Divisão de Enfermagem do ICHCFMUSP; Identificar sintomas de DORT entre trabalhadores auxiliares e técnicos de enfermagem; Implementar programa de meditação como estratégia de controle (gestão) dos sintomas de DORT nos profissionais selecionados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos mínimos. Pesquisas apontam que estas práticas podem auxiliar no controle da dor, o que sugere uma reflexão sobre a possibilidade de ampliar o estudo dessa abordagem como uma ferramenta complementar às técnicas comumente oferecidas na gestão da dor nos sintomas de DORT, auxiliando os profissionais de enfermagem a utilizar as práticas da meditação como mais um recurso no controle da dor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Os participantes serão divididos em dois grupos de no máximo 30 pessoas, para realização dos encontros semanais em dias e períodos alternados. Serão considerados controles os profissionais que durante oito semanas aguardarão o ingresso para as práticas de meditação. Ao final de 16 semanas, todos os 420 profissionais terão oportunidade de ter acesso às práticas meditativas. As reuniões serão gravadas pela ECA para registrar a dinâmica das atividades.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: TCLE foi adequado para melhorar a informação sobre o estudo a ser realizado.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Todas as pendências foram respondidas pela pesquisadora.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 26 de Agosto de 2014

Prof. Dr. Alfredo José Mansur
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

São Paulo, 08 de Agosto de 2014.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

A/C: Deptº De Apreciação Ética de Projetos

Ref.: Solicitação de retirada das palavras “relacionado ao trabalho” no título e corpo do estudo. Projeto identificado na Plataforma Brasil pelo número: 32495814.8.0000.0068

Venho solicitar de V.Sa. a autorização para excluirmos as palavras “relacionado ao trabalho” do título e do corpo do estudo em referência por sugestão do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), uma das interfaces no estudo.

Título anterior : *Meditação e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: uma experiência com auxiliares e técnicos de Enfermagem.*

Título retificado: *Meditação e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de Enfermagem.*

Ressaltamos que, a carta de anuência da Divisão de Enfermagem do ICCHC foi assinada antes da tratativa com o SESMT, portanto, a mesma consta o título anterior do estudo e conforme orientação do CEP, não há necessidade de retificação.

Informamos também que, estamos anexando o projeto na íntegra, capa com sumário e TCLE com as devidas exclusões e retificações.

Antecipadamente agradecemos,

À disposição,

Profª Drª Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Clínica Geral - HCFMUSP
CRM Nº 51672 / SP

Pesquisadora Responsável: Profª Drª Maria do Patrocínio Tenório Nunes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP
Instituto Central – Divisão de Enfermagem

São Paulo, 25 de julho de 2014.

Ilma. Dra Maria Cristina Peres Braido Francisco

Diretora Técnica Divisão de Enfermagem ICHC

O estudo intitulado ***"Meditação e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem"***, que será realizado pela pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Maria do Patrocínio Tenório Nunes e pesquisadora executante Shirlene Aparecida Lopes, para obtenção do título de Mestrado pelo Departamento de Clínica Médica da FMUSP. Tem como objetivo avaliar a influência da prática da meditação como estratégia na mediação do conflito nos sintomas de crônica (DORT) em auxiliares e técnicos de enfermagem da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Divisão de Enfermagem do ICHCFMUSP está **de acordo** como **coparticipante**, após aprovação da CAPPesq.

Atenciosamente.

Carmen Mohamad Rida Saleh
Coordenadora do Comitê de Ensino e Pesquisa
Divisão de Enfermagem ICHC

Coordenadora do Comitê de Ensino e Pesquisa
Divisão de Enfermagem ICHC

À CAPPesq

De acordo.

Dra Maria Cristina Peres Braido Francisco
Diretora Técnica Divisão de Enfermagem ICHC

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E TERMO DE COMPROMISSO DA
INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE - PARCERIA NO PROJETO**

Vimos pelo presente manifestar nosso apoio ao projeto de pesquisa objeto desse documento, supervisionado Profa. Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, a ser executado pela aluna de Mestrado da mesma instituição – Shirlene Aparecida Lopes, por entendermos que se trata de iniciativa que vem ao encontro dos esforços que temos desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) no sentido de melhor atender os funcionários, com a inserção da Meditação *Mindfulness* como prática integrativa complementando as terapêuticas comumente oferecidas nos distúrbios osteomusculares na categoria dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Nestes termos, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), representado pelo seu Coordenador, Dr. Marcelo Pustiglione, declara para os devidos fins e efeitos de direito que apoia e autoriza a participação do SESMT na realização da pesquisa abaixo citada, tendo como objeto de estudo os funcionários citados:

Título da Pesquisa: “Meditação e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem”.

Pesquisador Responsável: Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Pesquisador Executante: Shirlene Aparecida Lopes.

Projeto em análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa identificado na Plataforma Brasil pelo número: 32495814.8.0000.0068

O SESMT-HCFMUSP declara que conhece e que cumprirá os requisitos da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, e compromete-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima descrita.

O SESMT-HCFMUSP estão cientes que o propósito do estudo é contribuir na implementação de ações voltadas para a Saúde Ocupacional tendo a Meditação *Mindfulness* como mais uma abordagem na gestão do conflito da dor crônica entre auxiliares e técnicos de enfermagem apresentando distúrbios osteomusculares e contribuir para a transformação das condições propiciadoras desses distúrbios, no sentido de preveni-los e dar melhores condições de trabalho, assunto de relevância e interesse para o HCFMUSP.

São Paulo, 01 de agosto de 2014.

Dra. Keilá Carvalho Rodrigues de Oliveira Piovesan Mendonça

Diretor técnico de Saúde I

Médica Coordenadora do SESMT-HCFMUSP

Apêndice B – Inventário Sociodemográfico

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: _____ Setor _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos Peso: _____ kg Altura: _____ m

Estado civil: _____ Tem filhos? _____

Religião: _____ Frequência na prática Individual: _____
no Coletivo (ex. templo) _____

Escolaridade: () ensino médio () superior em andamento () superior incompleto
() superior completo () Pós Graduação () Outros

Dados sobre a situação ocupacional do participante

Função: () Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem

Há quanto tempo você trabalha nessa Instituição? _____

Trabalha em outro local? Não () Sim ()

Se sim, há quanto tempo? _____

Número total de vínculos empregatícios: _____

Número total de horas semanais trabalhadas: _____ (considerar todos os vínculos)

Tempo gasto de casa até o trabalho em minutos _____

Dados sobre o estado de saúde do participante

Possui algum problema de saúde em tratamento? Não () Sim ()

Qual? _____

Alguma medicação em uso: Não () Sim ()

Se sim, Qual? _____

Já passou pela Medicina do trabalho do HC? Não () Sim () Quando? _____

Já realizou sessões de fisioterapia: Não () Sim () há quanto tempo?

_____ Por qual motivo? _____

Já praticou meditação? Não () Sim () Já praticou Yoga? Não () Sim ()

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo para obter sua permissão para participar do mesmo.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:.....SEXO: M () F ()

DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:.....

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....).....

E-MAIL:

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DA PESQUISA: *Mindfulness* e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes

CARGO/FUNÇÃO: Professora Associada

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 51672

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Clínica Médica/ Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica

PESQUISADOR EXECUTANTE: Shirlene Aparecida Lopes

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: risco mínimo

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 anos

64 auxiliares e
técnicas de
enfermagem com

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

1 – Sobre o estudo e seu objetivo: A prática da Meditação *mindfulness* vem sendo utilizada e pesquisada em vários países há três décadas, sugerindo efeitos positivos na saúde dos indivíduos como um todo, a partir do bem estar emocional e físico. É um método natural e de autoadministração, não envolvendo custos financeiros ao praticante. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia de um programa adaptado de *mindfulness* - atenção plena em auxiliares e técnicos de enfermagem, com sintomas dolorosos, decorrentes dos distúrbios osteomusculares.

2 – Sua participação no estudo consiste em: a) participar de encontros semanais para aprender as práticas da meditação *mindfulness*, b) praticar diariamente (dispor de menos 20 minutos diários) e d) responder às escalas: Inventário Sócio Demográfico e Clínico, Escala de Atenção e Consciência Plenas – MAAS, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares – QNSO, Escala de Pensamentos Catastróficos Sobre a Dor – EPCD, Escala de Auto-Compaixão (SELFCS), Inventário de depressão de Beck (BDI), Inventário de ansiedade traço e estado (IDATE) e Escala de Qualidade de Vida WHOQOL Abreviado. O preenchimento das escalas é simples e será devidamente orientado como fazer. A aplicação das escalas ocorrerá em três momentos: antes do início das práticas meditativas, no término dos oito encontros e após três meses do último encontro. Você poderá ser convidado a dar depoimento gravado no último encontro sobre como foi o programa Mindfulness para você.

Haverá um sorteio para saber dividir em igual proporção os participantes de cada setor de trabalho para saber se participará do programa no período de Março à Abril ou em Maio e Junho/2015. Os encontros semanais ocorrerão durante o horário habitual de trabalho, com o cuidado tomado de formar tais grupos com no máximo 7 participantes por encontro, sem comprometer o processo de trabalho nos setores. Por oitos semanas consecutivas, uma vez por semana, você será introduzido (a) para as práticas da meditação, sob instrução da pesquisadora executante. A prática da meditação individualmente deverá continuar em casa, por até 20 minutos todos os dias. Você receberá um Compact disc – CD com os áudios para as práticas em casa. Também será instruído (a) também a adotar práticas informais, durante as suas atividades rotineiras e poderá trazer suas experiências para compartilhar com o grupo no próximo encontro.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: Durante os encontros, serão utilizados os critérios do programa de *mindfulness* (*atenção plena*) para o manejo da dor. As técnicas que serão utilizadas ao longo dos oito encontros são de “atenção plena” ou *mindfulness* baseadas no manejo da dor, com o treinamento da atenção no momento presente por meio do foco na respiração, “escaneamento” corporal, a caminhada meditativa, movimentos corporais leves na posição sentada ou em pé e meditação da compaixão, lidando com as sensações agradáveis e desagradáveis no momento presente e educação para a dor. Cada encontro terá duração de uma hora.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3: Os riscos são mínimos para o participante, o possível desconforto será decorrente da prática em si, que consiste em que o praticante fique em uma posição sentada e confortável e focalize sua atenção durante as atividades propostas na respiração e no corpo. Devido à natureza da mente humana, isso a princípio é

extremamente difícil. Com a prática o desconforto tende a diminuir e você será orientado a como fazer pelos pesquisadores. Não há contraindicação para a maioria das pessoas, havendo apenas ressalva quanto a sua aplicação em pessoas com transtornos psicóticos apresentando quadros depressivos e/ou ansiosos descompensados. As pesquisas apontam que esta prática pode atuar como uma ferramenta no controle da dor.

5 - Benefícios para o participante e/ou coletividade: os resultados desse trabalho podem auxiliar as pessoas a utilizar a prática da meditação *mindfulness* como um recurso no controle da dor decorrentes de distúrbios osteomusculares.

6 - Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: os métodos não se comparam, mas se complementam e se integram, com a conveniência do trabalho em grupos de até 7 pessoas.

7 - Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, o Sr (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes, que pode ser encontrada no endereço da Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155, 4º andar, Prédio dos Ambulatórios Clínica Médica e pelos telefones: (11)2661-7690/7692- comercial ou (11) 994729543 – celular – E-mail: ppatro@usp.br, preferencialmente;

Caso o Sr (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

8 - É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento à Instituição;

9 - Direito de confidencialidade – Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

10 –O Sr.(a) terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, como também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. As atividades com os pesquisadores ocorrerão no horário habitual de trabalho.

12 – O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, conforme projeto apresentado.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “*Mindfulness* e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem”.

8 SEMANAS

Eu, abaixo assinado, li o presente documento e o discuti com a Shirlene Aparecida Lopes sobre minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos que realizarei; 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 habitual, quando necessário, de acordo com as normas da Instituição.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Data: ____/____/____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Apêndice D – Ficha de Evolução Recordatória**Evolução do Grupo Intervenção**

Semana 1
Semana 2
Semana 3
Semana 4
Semana 5
Semana 6
Semana 7
Semana 8

Apêndice E – Declaração de participação fora da jornada de trabalho

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO FORA DA JORNADA DE TRABALHO

Eu, _____, portadora do
RG: _____,
CPF: _____, que atuo na Instituição do Hospital
das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, função de
_____, declaro para os devidos fins que participo
voluntariamente do Protocolo de Pesquisa: “*Mindfulness* e conflito da dor nos
distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de
enfermagem”, apresentada ao departamento de pós graduação da FMUSP
para obtenção de título de Doutor em Ciências Médicas, na área de
concentração de Educação e Saúde pela aluna Shirlene Aparecida Lopes,
tendo como orientadora a Prof^a. Dr^a. Maria do Patrocínio Tenório Nunes. A
pesquisa foi devidamente aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da
Instituição.

Declaro ainda que, livremente optei por diversificar horários destinados à
pesquisa, a fim de garantir a minha participação semanal nos grupos para as
práticas de *Mindfulness* – atenção plena sob supervisão da pesquisadora
Shirlene Aparecida Lopes.

Nestes termos, assino e dou fé.

São Paulo, _____ de _____ 201__

Assinatura do participante da pesquisa

Apêndice F – Termo de Uso de Imagem, Voz e Depoimento

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, VOZ E DEPOIMENTO

Eu, _____ portador (a) do

RG nº _____, autorizo o projeto “*Mindfulness* e conflito da dor nos distúrbios osteomusculares: uma experiência com auxiliares e técnicos de enfermagem”, no âmbito das suas atividades, a veicular minha imagem e voz por meio de produção de vídeo, foto e gravação de depoimento para divulgação de materiais institucionais impressos, eletrônicos virtuais, incluindo mas não se limitando a *websites*, revistas, mídia televisiva e radiofônica, redes sociais ou outro meio de comunicação julgado necessário, desde que rigorosamente respeitados os princípios éticos e morais da Instituição. Estou ciente que a divulgação não será remunerada. Por ser expresso da verdade,

São Paulo, ____ de _____ de 2015

Assinatura: _____

Apêndice G: Questionário para Entrevista três meses após o PAM – (T2)

Questionário para Entrevista três meses após o PAM – (T2)

- 1) Poderia dizer seu nome, setor, período onde trabalha e se tem alguma restrição de atividade por algum problema de saúde?
- 2) Como foi a sua experiência com o programa de *mindfulness*? Por quê?
- 3) Houve alguma situação mais marcante durante o programa? Poderia nos contar?
- 4) Quais foram as facilidades durante o período do programa?
- 5) Quais foram as dificuldades durante o período do programa?
- 6) Que características suas facilitaram adesão ao programa?
- 7) Que características suas dificultaram adesão ao programa?
- 8) Você tem praticado? Como tem sido a prática no seu dia-a-dia?
- 9) Quais são as estratégias que você tem utilizado para conseguir praticar?
- 10) Que mudanças essas práticas proporcionaram na sua vida?
- 11) E na sua dor? Mudou alguma coisa?
- 12) Para você, depois de ter participado do programa de oito semanas, o que é atenção plena?
- 13) Você gostaria de acrescentar alguma coisa sobre a sua experiência ou sobre o programa?