UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA BESSANI HIDALGO GIMENEZ

Intervenção baseada em *Mindfulness* para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública: ensaio clínico randomizado

Ribeirão Preto
2019

LARISSA BESSANI HIDALGO GIMENEZ

Intervenção baseada em *Mindfulness* para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública: ensaio clínico randomizado

Versão Original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

Ribeirão Preto
2019

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

Gimenez, Larissa Bessani Hidalgo
Intervenção baseada em *Mindfulness* para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública: ensaio clínico randomizado. Ribeirão Preto, 2019.
121 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

1.*Mindfulness.* 2.Estresse psicológico. 3.Enfermagem psiquiátrica. 4.Saúde mental. 5.Saúde do trabalhador.

GIMENEZ, Larissa Bessani Hidalgo

Intervenção baseada em *Mindfulness* para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública: ensaio clínico randomizado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ____/____/_____

Presidente

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

A presente tese foi realizada com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), código de financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal MCTI/CNPq 01/2016, número 424062/2016-0.

À minha mãe Elizabet, que tanto amo e que sempre me apoiou em tudo;

Ao meu pai Francisco e meu irmão Felipe, que mesmo no céu estão sempre presentes;

Ao meu amor e noivo Danilo, pois seu amor me dá forças;

Ao meu afilhado Miguel, que é um presente em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida; Aos meus familiares, por todo carinho e por sempre se fazerem presentes em minha trajetória;

À minha orientadora Edilaine, por todo seu apoio, confiança e valiosos ensinamentos acadêmicos e de vida ao longo desses seis anos;

Aos meus amigos, por todos os momentos de incentivo e felicidade;

Aos funcionários da USP de Ribeirão Preto, pela participação que permitiu o desenvolvimento desse estudo;

Às instrutoras do Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas, Kranya, Mariana e Melissa que ajudaram a tornar possível a realização do estudo;

Aos colegas do grupo de pesquisa GEPEMEN, em especial Larissa, Neyrian e Vinicius, pelo companheirismo e ajuda na coleta de dados;

Às professoras do departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP, em especial professora Ana Carolina por compartilhar seu conhecimento para a construção do estudo;

Ao Jonas, Miyeko e Rosana por suas valiosas colaborações na assessoria estatística;

Aos funcionários da EERP por todo auxílio prestado em minha trajetória acadêmica, em especial ao Odilon (em memória), enfermeira Cheila e secretárias Adriana, Flávia, Gilda e Kethelen.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por subsidiarem esse estudo.

A mente é tudo. O que você pensa, você se torna.
Não habite no passado, não sonhe com o futuro, concentre a mente no momento presente.
Só há um tempo em que é fundamental despertar. Esse tempo é agora.

(Buddha)

RESUMO

GIMENEZ, L. B. H. **Intervenção baseada em *Mindfulness* para redução do estresse percebido, depressão e ansiedade em trabalhadores de uma universidade pública:** ensaio clínico randomizado. 2019. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução. Práticas baseadas em *Mindfulness* têm apresentado resultados promissores para saúde mental e mudanças positivas no contexto laboral. **Objetivo.** Determinar se a intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* aplicada por oito semanas é capaz de diminuir os níveis de estresse percebido, depressão, ansiedade e *burnout*, e aumentar o nível de atenção plena em uma amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública. **Método.** O estudo contou com duas etapas. A primeira trata-se de um estudo analítico de corte transversal, e a segunda de um ensaio clínico controlado randomizado. Realizado em unidades de ensino e setores administrativos do *campus* da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, com trabalhadores da categoria técnico-administrativa. Participaram da primeira etapa 929 sujeitos. Realizada regressão linear logística múltipla em modelo ajustado e não ajustado para os escores de estresse percebido, com intervalo de confiança de 95%. Na segunda etapa participaram 60 sujeitos, randomizados para um grupo que recebeu uma intervenção com práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (Programa *Mindfulness*) (Grupo Experimental [GE]: 30 participantes) e outro que não recebeu nenhuma intervenção (Grupo Controle [GC]: 30 participantes). O principal desfecho avaliado foi o estresse percebido por meio da Escala de Estresse Percebido (PSS14). Os desfechos secundários foram: depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), ansiedade pelo Inventário Ansiedade de Beck (BAI), *burnout* pela escala *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) e atenção plena pelo Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR). Todos avaliados antes (T0) e após a intervenção (T1). Realizada análise descritiva, teste do Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher para comparar distribuições das variáveis entre GE e GC, teste de Mann-Whitney para avaliar mudanças intergrupos entre T0 e T1. Adotado critério de significância de 0,05 em todas as análises. Ensaio clínico registrado sob o número UTN: U1111-1179-7619. **Resultados.** Na primeira etapa, dentre as variáveis que isoladamente se associaram ao escore do estresse percebido, cinco permaneceram preditoras no modelo ajustado: idade ($p<0,001$), ser do sexo masculino ($p<0,001$), ocupar cargo de nível técnico ($p=0,013$) quando comparado ao nível básico, e o escores de depressão ($p<0,001$) e ansiedade ($p<0,001$). O modelo ajustado explicou 57,9% da variação dos dados da Escala de Estresse Percebido. Na segunda etapa, o GE apresentou redução dos escores médios de estresse percebido ($p<0,001$), depressão ($p<0,001$), ansiedade ($p=0,003$) e aumento do escore médio total de atenção plena ($p=0,012$) e em duas facetas da escala (3-observar: $p=0,010$ e 6-não reagir à experiência interna: $p=0,002$), quando comparado ao GC. O mesmo efeito pós-intervenção não foi observado para *burnout* em escore total ($p=0,314$) e em nenhuma das dimensões da escala (Exaustão Emocional: $p=0,083$; Cinismo: $p=0,736$ e Eficácia no Trabalho: $p=0,486$). **Conclusões.** Os resultados da primeira etapa contribuem para a compreensão dos principais preditores do estresse percebido em uma amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma instituição pública de ensino superior. Na segunda etapa, os resultados demonstram que o Programa *Mindfulness* resultou na diminuição do estresse percebido, depressão, ansiedade e aumento da atenção plena, constatando o potencial benéfico da intervenção para uma amostra não clínica de trabalhadores.

Palavras-chave: *Mindfulness.* Estresse psicológico. Enfermagem psiquiátrica. Saúde mental. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

GIMENEZ, L. B. H. **Mindfulness-based intervention for reducing perceived stress, depression and anxiety among workers in a public university:** randomized clinical trial 2019. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction. Mindfulness-based practices have showing promising results for mental health and positive changes at workplace context. **Objective.** Determinate that Mindfulness-based practice intervention applied for eight weeks is able to decrease the levels of perceived stress, depression, anxiety and burnout, and increase the level of mindfulness in a sample of technical-administrative workers from a public university. **Method.** The study had two fases. The first is a cross-sectional study, and the second is a randomized clinical trial. It was carried out in teaching and administrative sectors at the University of São Paulo campus of Ribeirão Preto, with technical-administrative workers. A total of 929 subjects participated in first stage. Multiple logistic linear regression performed in an adjusted and not adjusted model for perceived stress scores, with the confidence interval at 95%. In the second fase, 60 subjects were randomized to a group that received a Mindfulness-based practices intervention for eight weeks (Mindfulness Program) (Experimental Group [EG]: 30 participants) and to a group that received no intervention (Control Group [CG]: 30 participants). The main outcome evaluated was perceived stress, through the Perceived Stress Scale (PSS14). The secondary outcomes were depression by Beck Depression Inventory (BDI-II), anxiety by Beck Anxiety Inventory (BAI), burnout by Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS), and Mindfulness by Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-BR). Outcomes were assessed before (T0) and after the intervention (T1). Descriptive analysis, Pearson's Chi-square test and Fisher's exact test were performed to compare distributions of the variables between EG and CG groups. Mann-Whitney test performed to evaluate intergroup changes between T0 and T1. We adopted a significance criteria of 0.05 in all analyzes. Clinical trial registered under the number UTN: U1111-1179-7619. **Results.** In the first fase, five variables were individually associated with the perceived stress score, remaining predictors in the adjusted model: age ($p < 0.001$), being male ($p < 0.001$), occupying a technical level position ($p = 0.013$) when compared to basic level position and depression ($p < 0.001$) and anxiety scores ($p < 0.001$). The adjusted model explained 57.9% of the variation in the Perceived Stress Scale. At the second stage, the EG presented a reduction in the mean scores for perceived stress ($p<0.001$), depression ($p<0.001$) and anxiety ($p=0.003$), and increased the total mean score for Mindfulness ($p=0.012$) and at the facet 3-observe $p=0.010$ and facet 6-do not react to internal experience: $p=0.002$, when compared to CG. The same post-intervention effect was not observed for burnout at the total score ($p=0.314$) and in none of the dimensions of the scale (Emotional Exhaustion: $p=0.083$; Cynicism: $p=0.736$ and Work Efficacy: $p=.486$). **Conclusions.** The results obtained in the first fase contribute to understand the main predictors of perceived stress in a sample of technical-administrative workers in a higher education public institution. In the second fase, the results show that Mindfulness Program resulted in reduction of perceived stress, depression, anxiety and increased Mindfulness, noting the beneficial potential of the intervention for a non-clinical sample of workers.

Keywords: Mindfulness. Stress psychological. Psychiatric nursing. Mental health. Occupational health.

RESUMEN

GIMENEZ, L. B. H. **Intervención basada en Mindfulness para reducir el estrés percibido, depresión y ansiedad en trabajadores de una universidad pública:** ensayo clínico aleatorizado. 2019. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introducción. Las prácticas basadas en Mindfulness han presentado resultados prometedores para la salud mental y cambios positivos en el contexto laboral. **Objetivo.** Determinar si la intervención de prácticas basadas en Mindfulness aplicada por ocho semanas es capaz de disminuir los niveles de estrés percibido, depresión, ansiedad y burnout, y aumentar el nivel de atención plena en una muestra de trabajadores técnico-administrativos de una universidad pública. **Método.** El estudio contó con dos etapas. La primera se trata de un estudio analítico de corte transversal, y el segundo de un ensayo clínico controlado y randomizado. Realizado en unidades de enseñanza y sectores administrativos del campus de la Universidad de São Paulo de Ribeirão Preto, con trabajadores técnicos administrativos. En la primera etapa han participado 929 sujetos, donde fue realizada regresión lineal logística múltiple en modelo ajustado y no ajustado para los escores de estrés percibido, con intervalo de confianza del 95%. En la segunda etapa han participado 60 sujetos, aleatorizados para un grupo que recibió una intervención con prácticas basadas en Mindfulness por ocho semanas (Grupo de Experiencia [GE]: 30 participantes) y otro que no recibió ninguna intervención (Grupo Control [GC): 30 participantes). El principal desenlace evaluado fue el estrés percibido por medio de la escala de Estrés Percibido (PSS14). Los resultados secundarios fueron: depresión por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), ansiedad por el Inventario Ansiedad de Beck (BAI), burnout por Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) y atención plena por el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR). Los resultados se evaluaron antes (T0) y después de la intervención (T1). Se realizó un análisis descriptivo, prueba del Chi-cuadrado de Pearson y prueba Exacto de Fisher para comparar distribuciones de las variables entre GE y GC, y prueba de Mann-Whitney para evaluar cambios intergrupos entre T0 y T1. Se adoptó un criterio de significancia de 0,05 en todos los análisis. Ensayo clínico registrado bajo el número UTN: U1111-1179-7619. **Resultados.** En la primera etapa, entre las variables que aisladamente se asociaron al score del estrés percibido, cinco permanecieron preditorias en el modelo ajustado: edad ($p < 0,001$), ser del sexo masculino ($p < 0,001$), ocupar cargo de nivel técnico ($p = 0,013$) en comparación con el nivel básico, y el puntaje de depresión ($p < 0,001$) y ansiedad ($p < 0,001$). El modelo ajustado explicó el 57,9% de la variación de los datos de la Escala de Estrés Percibido. En la segunda etapa, el GE presentó reducción de los escores medios de estrés percibido ($p < 0,001$), depresión ($p < 0,001$) y ansiedad ($p = 0,003$) y aumento de la puntuación total de atención plena ($p = 0,012$) y en dos facetas (3-observar: $p = 0,010$ y 6-no reaccionar a la experiencia interna: $p = 0,002$), en comparación con el GC. El mismo efecto post-intervención no fue observado para burnout en su puntuación total ($p = 0,314$) y en ninguna de las dimensiones de la escala (Extracción Emocional: $p = 0,083$; Cinismo: $p = 0,736$ y Eficacia en el Trabajo: $p = 0,486$). **Conclusiones.** Los resultados de la primera etapa contribuyen para la comprensión de los principales predictores del estrés percibido en una muestra de trabajadores técnico-administrativos de una institución pública de enseñanza superior. En segunda etapa, los resultados demuestran que el Programa Mindfulness resultó en la disminución del estrés percibido, depresión, ansiedad y aumento de la atención plena, constatando el potencial beneficioso de la intervención para una muestra no clínica de trabajadores.

Palavras clave: Mindfulness. Estrés psicológico. Enfermería psiquiátrica. Salud mental. Salud laboral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo esquemático de coleta de dados nas duas etapas do estudo.....44
Figura 2 - Diagrama de fluxo dos participantes na primeira etapa do estudo 46
Figura 3 - Diagrama de fluxo dos participantes na segunda etapa do estudo.....52
Figura 4 - Média e erro padrão dos escores das escalas de depressão (BDI-II), ansiedade (BAI), estresse percebido (PSS14) e *burnout* (MBI-GS).....58
Figura 5 - Média e erro padrão dos escores das facetas (1 a 7) e total de atenção plena (FFMQ-BR).....60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de condições de trabalho e saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública (n=929) 48
Tabela 2 - Modelo de regressão linear múltipla para preditores de estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública (n=929) 50
Tabela 3 - Características sociodemográficas e de condições de trabalho e saúde das amostras controle e experimental em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 54
Tabela 4 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de estresse percebido em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 55
Tabela 5 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de depressão em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 55
Tabela 6 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de ansiedade em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 56
Tabela 7 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de *burnout* em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 57
Tabela 8 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de atenção plena em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60) 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	*Acceptance and Commitment Therapy*
AUDIT	*Alcohol Use Disorders Identification Test*
BAI	*Beck Anxiety Inventory*
BDI	*Beck Depression Inventory*
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	Disco Compacto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETI-RP	Centro de Tecnologia da Informação de Ribeirão Preto
CI	Cinismo
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSORT	*Consolidated Standards of Reporting Trials*
CSCRH-RP	Centro de Serviços Compartilhados em Recursos Humanos de Ribeirão Preto
DBT	*Dialectical and Behavior Therapy*
DP	Desvio Padrão
EE	Exaustão Emocional
EEFERP	Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ET	Eficácia no Trabalho
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FDRP	Faculdade de Direito de Ribeirão Preto
FEA-RP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FFMQ	*Five Facet Mindfulness Questionnaire*
FFMQ-BR	Questionário das Cinco facetas de *Mindfulness*
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
GL	Graus de Liberdade
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

IC	Intervalo de Confiança
IL6	Interleucina Seis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBCT	*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*
MBI-GS	*Maslach Burnout Inventory - General Survey*
MBRP	*Mindfulness-Based Relapse Prevention*
MBSR	*Mindfulness-Based Stress Reduction*
MTi	*Mindfulness Trainings International*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PSS14	*Perceived Stress Scale*
PubMed	*Public Medical*
PUSP-RP	Prefeitura do Campus USP de Ribeirão Preto
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*®
SVOI	Serviço de Verificação de Óbitos do Interior
T0	Antes da intervenção
T1	Ao final da intervenção
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 Apresentação e relevância do tema 18
1.2 Conceitos teóricos sobre estresse 20
1.3 A problemática do estresse no contexto laboral 21
1.4 *Mindfulness*: conceito e benefícios das práticas 22
1.5 *Mindfulness* no contexto laboral 26
2 OBJETIVOS 28
2.1 Objetivo geral 28
2.2 Objetivos específicos e hipóteses 28
3 MÉTODO 30
3.1 Delineamento do estudo 30
3.2 Aspectos éticos 30
3.2.1 Registro do estudo 31
3.3 Local do estudo 31
3.4 População de interesse 31
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão para a primeira etapa do estudo 32
3.4.1.1 Recrutamento dos sujeitos para a primeira etapa do estudo 32
3.4.2 Justificativa do tamanho da amostra para a segunda etapa do estudo - ensaio clínico 33
3.4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão para a segunda etapa do estudo - ensaio clínico 33
3.4.2.2 Cálculo amostral da segunda etapa do estudo - ensaio clínico 34
3.4.2.3 Randomização da amostra da segunda etapa do estudo - ensaio clínico 35
3.4.2.4 Cegamento da segunda etapa do estudo - ensaio clínico 35
3.4.3 Caracterização das amostras 36
3.5 Desfechos 36
3.5.1 Desfecho principal 36
3.5.1.1 Estresse percebido 36
3.5.2 Desfechos secundários 37
3.5.2.1 Depressão 37
3.5.2.2 Ansiedade 37
3.5.2.3 *Burnout* 37
3.5.2.4 Atenção plena (*Mindfulness*) 38
3.6 Grupo experimental - ensaio clínico 38
3.7 Grupo controle - ensaio clínico 39
3.8 Intervenção - ensaio clínico 39
3.8.1 Protocolo de intervenção do ensaio clínico - Programa *Mindfulness* 41

3.9 Procedimento de coleta de dados....43
3.10 Análise dos dados....45
3.10.1 Planejamento estatístico do estudo na primeira etapa....45
3.10.2 Planejamento estatístico do estudo na segunda etapa - ensaio clínico....45
4. RESULTADOS....46
4.1 Resultados da primeira etapa do estudo....46
4.1.1 Fluxo dos participantes....46
4.1.2 Caracterização da amostra da primeira etapa do estudo....46
4.1.3 Preditores do estresse percebido....49
4.2 Resultados da segunda etapa do estudo - ensaio clínico....50
4.2.1 Fluxo dos participantes....50
4.2.2 Caracterização da amostra da segunda etapa do estudo....53
4.2.3 Avaliação dos desfechos....54
4.2.3.1 Estresse percebido....55
4.2.3.2 Depressão....55
4.2.3.3 Ansiedade....56
4.2.3.4 *Burnout*....56
4.2.3.5 Atenção plena....58
5 DISCUSSÃO....61
5.1 Primeira etapa: perfil e preditores do estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos....61
5.1.1 Perfil dos trabalhadores técnico-administrativos....61
5.1.2 Preditores do estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos....64
5.2 Segunda etapa: Programa *Mindfulness* em trabalhadores técnico-administrativos....69
5.2.1 Estresse percebido....70
5.2.2 Depressão e ansiedade....72
5.2.3 Atenção plena....74
5.2.4 *Burnout*....77
5.3 Limitações do estudo....79
5.4 Implicações para a prática e sugestões para trabalhos futuros....81
6 CONCLUSÃO....83
REFERÊNCIAS....84
APÊNDICES....97
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....97
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....99
APÊNDICE C - Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde....101
APÊNDICE D - Diário de Práticas de *Mindfulness*....102

APÊNDICE E - Protocolo do Programa *Mindfulness* 103
ANEXOS 110
ANEXO A - Aprovação do CEP 110
ANEXO B - Escala do Estresse Percebido (PSS14) 111
ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) 112
ANEXO D - Inventário Ansiedade de Beck (BAI) 115
ANEXO E - *Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)* 116
ANEXO F - Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR) 118

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e relevância do tema

Evidências científicas vêm demonstrando que o estresse é capaz de produzir mudanças psicofisiológicas que comprometem a saúde física e mental do ser humano (LUPIEN et al., 2009; LEKA; JAIN, 2010; LIZANO, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o estresse é comumente associado a transtornos mentais como ansiedade e depressão, os quais possuem alta prevalência em todo o mundo, e, em conjunto com os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, são os principais responsáveis pelas morbidades incapacitantes e mortalidade prematura. Globalmente, mais de 300 milhões de pessoas sofrem com a depressão, principal causa de incapacidade, e mais de 260 milhões vivem com transtornos de ansiedade, sendo que muitas dessas convivem com ambos os transtornos (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS, 2017).

Dentre as variadas esferas que compõem a vida dos seres humanos, o ambiente laboral sofre importante influência de eventos estressores, resultantes do desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as capacidades e recursos internos de cada sujeito (COX; RIAL-GONZALEZ, 2002; PAFARO; MARTINO, 2004; NAQVI et al., 2013).

Segundo a OMS, um ambiente de trabalho negativo pode levar a problemas de saúde física e mental dos trabalhadores, além do uso abusivo de substâncias psicoativas, faltas e perda de produtividade. É estimado que os transtornos depressivos e de ansiedade custam um trilhão de dólares à economia global a cada ano em perda de produtividade (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS, 2017).

O estresse laboral é um problema de abrangência mundial e afeta grande parte dos trabalhadores em todos os níveis organizacionais, desde os iniciantes até os cargos de liderança, e é uma das principais causas de absenteísmo, insatisfação e aumento das chances do trabalhador deixar a instituição (LEKA; JAIN, 2010).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), as causas mais comuns de estresse no trabalho são riscos psicossociais relacionados à instituição e condições de trabalho, as quais podem influenciar o desempenho do trabalhador, satisfação na ocupação e saúde. Embora o impacto do estresse laboral seja variável de sujeito para sujeito, é sabido que ele pode acarretar em consequências para a saúde como transtornos mentais, doenças cardiovasculares, patologias musculoesqueléticas e reprodutivas. O estresse laboral também pode levar a problemas comportamentais, como o uso abusivo de álcool e outras drogas,

aumento do tabagismo e distúrbios do sono (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2016).

A OMS propõe que instituições organizacionais devem adotar intervenções como parte de uma estratégia integrada de saúde e bem-estar que inclua prevenção, identificação precoce, apoio e reabilitação de fatores relacionados ao estresse (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017).

Nas últimas três décadas, a literatura tem evidenciado o uso crescente de práticas integrativas e complementares não farmacológicas para o manejo de condições clínicas influenciadas pelo estresse, reportando seus benefícios. Dentre essas práticas, destacam-se aquelas baseadas em *Mindfulness* (EBERTH; SEDLMEIER, 2012).

Mindfulness pode ser definido como a consciência intencional e não julgadora das experiências no momento presente (KABAT-ZINN, 2003a).

Consoante ao aumento de estudos com *Mindfulness* no meio acadêmico, observa-se, nos últimos dez anos, um número crescente de estudos sobre essa temática em instituições organizacionais (PASSMORE, 2019).

A inserção de práticas de *Mindfulness* tem demonstrado resultados benéficos em mudanças no contexto laboral (GOOD et al., 2015). Embora pesquisas apontem resultados promissores da utilização dessas práticas em diversos contextos e países desde a sua criação, sua utilização no Brasil ainda é incipiente, apesar de seu impacto evidenciado na literatura científica.

Em termos de pesquisas realizadas em contexto nacional, um estudo antes e depois conduzido por Santos et al. (2016) com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem em ambiente hospitalar, identificou diminuição em escores pré-intervenção e pós-intervenção para estresse percebido, *burnout*, depressão e ansiedade ($p<0,05$) após um programa de oito semanas com práticas baseadas em *Mindfulness*.

Verifica-se a ausência de estudos clínicos controlados em contexto nacional que comprovem essa prática como estratégia de manejo do estresse em outros contextos laborais.

Frente ao exposto, a adoção de alternativas para o manejo do estresse no ambiente de trabalho, bem como o desenvolvimento de estudos que visem à produção do conhecimento sobre intervenções que promovam a diminuição das chances de adoecimento causado pelo estresse, são medidas de extrema relevância.

Intervenções com práticas baseadas em *Mindfulness* podem ser uma alternativa não farmacológica, de baixo custo e fácil acesso, que podem proporcionar, entre outros indicadores, redução do estresse e melhora da qualidade de vida do trabalhador.

1.2 Conceitos teóricos sobre estresse

O fenômeno do estresse pode ser compreendido como um conjunto de reações fisiológicas (SELYE, 1959), psicológicas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e sociais (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983), as quais foram evolutivamente necessárias à adaptação do homem frente a eventos/agentes estressores, buscando levar o organismo à homeostasia ou equilíbrio (MCEWEN; LASLEY, 2002; TEIXEIRA et al., 2014).

Do ponto de vista fisiológico, ocorrem mudanças na estrutura e composição química do organismo, que foram denominadas pioneiramente por Hans Selye (1959) como Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Segundo Selye, a SAG ocorre em três possíveis estágios: alarme, resistência e exaustão.

No primeiro estágio, a reação de alarme, o corpo identifica o estressor e realiza um recrutamento de forças do organismo, causando alterações fisiológicas adaptativas tais como aumento da frequência cardíaca e da atividade hormonal. No segundo estágio, o da resistência, o corpo tenta defender-se afastando o estressor e atingindo a homeostase. É caracterizado pelo aumento da frequência cardíaca e do tônus muscular, produção de hormônios do estresse, entre outros. Se o estresse persistir, ocorre a terceira fase, o estágio de exaustão, que resulta na quebra do mecanismo de defesa do corpo. A exposição contínua ao estresse durante o estágio de exaustão leva o organismo ao desenvolvimento de doenças (SELYE, 1959).

Diante de situações estressoras, ocorre a ativação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), com consequente liberação de hormônios glicocorticoides pela glândula suprarrenal. Esses hormônios servem para preparar o organismo para desafios fisiológicos ou ambientais e são importantes para a concretização da resposta ao estresse. Quando essas respostas ocorrem de forma persistente e intensa, podem tornar o eixo HPA hiper-reativo, com potenciais prejuízos ao organismo (HERMAN; CULLINAN, 1997).

Na perspectiva psicológica, a determinação de um evento como gerador de estresse depende da avaliação cognitiva, ou seja, da percepção do indivíduo diante da situação vivenciada. Segundo Lazarus e Folkman (1984), o estresse torna-se patológico quando o indivíduo encara um estressor como uma demanda que excede aos seus recursos internos disponíveis para lidar com ela de forma eficaz (HADANY et al., 2005; CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

O estresse também pode ser compreendido por meio de um paradigma social, considerando a maneira com que o indivíduo interage ativamente com o meio ambiente e com os acontecimentos sociais. Estes podem ser encarados como potencialmente ameaçadores ou

desafiadores diante de seus recursos disponíveis de enfrentamento (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; RIBEIRO; MARQUES, 2009).

Adicionalmente, frente a uma situação geradora de estresse, a resposta individual do sujeito depende não somente da magnitude e frequência do evento estressor, mas também da combinação dos fatores ambientais e genéticos, pois mesmo as capacidades individuais de interpretar, avaliar e elaborar estratégias de enfrentamento podem ser geneticamente influenciadas (MARGIS et al., 2003).

O desenvolvimento de um transtorno mental ligado ao estresse está diretamente relacionado à frequência e à duração das respostas de ativação (que podem ser fisiológicas, cognitivas e sociais), provocadas por situações avaliadas como estressoras para o indivíduo (MARGIS et al., 2003).

A exposição contínua ao estresse parece afetar o funcionamento de regiões do cérebro responsáveis pela autorregulação, como o córtex pré-frontal, hipocampo e amígdala, e a presença de sintomas ansiosos e depressivos parecem estar associados a níveis altos de estresse (TRIPATHI et al., 2019).

1.3 A problemática do estresse no contexto laboral

O ambiente de trabalho pode constituir um importante ambiente social gerador de eventos que podem levar à ocorrência do estresse laboral, no qual o indivíduo depara-se diariamente com situações estressoras e nem sempre possui habilidades e/ou capacidades para lidar com elas ou modificá-las (PAFARO; MARTINO, 2004).

Mudanças significativas relacionadas à organização e administração do trabalho resultaram em novos desafios e até mesmo riscos emergentes à saúde do trabalhador, dentre os quais se destacam os riscos ocupacionais (LEKA; JAIN, 2010).

O alto nível de estresse no ambiente de trabalho está associado a danos para a saúde física e mental do trabalhador, com repercussões importantes tanto para a produtividade laboral como na qualidade de vida do indivíduo (KIVIMÄKI; KAWACHI, 2015; SIEGRIST; LI, 2016; SMITH et al., 2018).

Fatores ambientais, como a submissão a chefes autoritários e a alta complexidade organizacional, somado a cumprimento de prazos, aumento do ritmo, metas e falta de estímulo ao indivíduo podem estar relacionados ao desenvolvimento de sintomas ansiosos (FERNANDES et al., 2018), depressivos (THEORELL et al., 2015) e de estresse crônico (LIZANO, 2015).

A literatura tem evidenciado que o estresse ocupacional é uma das causas de insatisfação, perdas de dias de trabalho, e também aumenta as chances do trabalhador deixar a organização (FAIRBROTHER; WARN, 2003; LEKA; JAIN, 2010).

Atualmente, os adventos da globalização como o crescimento cultural, modernizações, constante busca por eficiência e o desejo crescente do governo em conter gastos públicos, podem tornar-se agravantes no desenvolvimento do estresse. Esses e outros fatores contribuem para pressões sobre organizações e trabalhadores (PASSMORE, 2019).

Excessivas cargas de trabalho e a pressão em relação a prazos e ao cumprimento de metas também estão fortemente relacionados aos altos níveis de estresse que podem propiciar respostas prolongadas de estresse emocional e interpessoal, conhecidas como síndrome de *burnout* ou síndrome de esgotamento profissional (PRUESSNER, 1999; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O termo *burnout* foi introduzido pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, em 1974, para se referir a um fenômeno que ele havia observado em si mesmo e em seus colegas de trabalho. Ele definiu *burnout* como "falhar, desgastar ou tornar-se exausto, exigindo excessivamente energia, força ou recursos" (BOECHAT; FERREIRA, 2014).

Maslach e Jackson (1981) consideram a síndrome de *burnout* como multidimensional, explicada em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Na exaustão emocional permanece o sentimento de esgotamento físico e emocional, em que o sujeito não tem mais energia para lidar com clientes ou colegas de trabalho. Na despersonalização, o sujeito começa a apresentar tratamento frio e impessoal em relação às pessoas com as quais trabalha. E na baixa realização profissional, apresenta insatisfação em relação a sua profissão.

Além das condições de trabalho, outros preditores como fatores socioculturais, econômicos e o nível de ocupação exercida podem estar associados à ocorrência de estresse percebido e da síndrome de *burnout* em trabalhadores. Estudos apontam que trabalhadores de instituições de ensino, especialmente as de ensino superior, apresentam altos índices de estresse laboral e associações com hábitos não saudáveis, como uso abusivo de álcool (AREIAS; GUIMARÃES, 2004; GAVIN et al., 2017).

1.4 *Mindfulness*: conceito e benefícios das práticas

A ação de práticas integrativas não farmacológicas, antes verificadas de forma pragmática, agora contam com um crescente corpo de evidências científicas fortalecidas pela

neurociência, e demonstram potencial benéfico no âmbito da saúde. Dentre essas práticas, destacam-se as práticas baseadas em *Mindfulness*, e seus benefícios vêm sendo apontados em condições clínicas e psicológicas (BAER, 2003; KENG; SMOSKI, ROBINS, 2011; GU et al., 2015; WILLIAMS; SIMMONS; TANABE, 2015; ESPER; GHERARDI-DONATO, 2019).

A palavra *Mindfulness* é advinda do termo "*Sati*", oriundo da língua *pali*. Foi traduzida para o português como "atenção plena". O termo "*Sati*" combina aspectos de "consciência", "atenção" e "lembrar", que são realizadas com não julgamento, aceitação, gentileza para consigo mesmo e para com os outros. O conceito de *Mindfulness* tem origem em tradições filosóficas e contemplativas do budismo, porém, as práticas baseadas em *Mindfulness* no campo da saúde estão inseridas de forma laica (BISHOP, 2002).

Mindfulness, ou atenção plena, é frequentemente conceituado como um estado mental ou psicológico caracterizado pela regulação de forma intencional da atenção ao que está acontecendo naquele exato momento. Ou seja, é o oposto do estado de desatenção, em que a mente fica "presa" a pensamentos sobre eventos passados ou planos futuros e, consequentemente, não está atenta ao que está acontecendo no "agora". Trata-se de um "estar consciente" (KABAT-ZINN, 2003a).

Autores indicam que alguns indivíduos são naturalmente mais atentos ou conscientes do que outros, considerando *Mindfulness* como uma característica inata, que pode ser aumentada ou melhorada (BROWN; RYAN, 2003; BAER et al., 2006).

O conceito de *Mindfulness* adotado no presente estudo seguirá a conceituação da psicologia ocidental, segundo a qual, *Mindfulness* refere-se a uma habilidade metacognitiva (KABAT-ZINN, 1990). Essa habilidade pode ser acessada naturalmente e treinada através de práticas que objetivam o simples e valioso gesto de prestar atenção às experiências que estão ocorrendo no presente momento, interna e externamente ao corpo, sem julgar ou criticar essas experiências (ROTH; CREASER, 1997; THOMAS; COHEN, 2014).

O interesse da comunidade científica pelos efeitos benéficos associados às práticas meditativas levou neurocientistas a realizarem pesquisas para avaliar o efeito do *Mindfulness* na saúde. Jon Kabat Zin, biólogo e neurocientista, foi um dos pioneiros nos estudos com *Mindfulness*. Com o intuito de proporcionar alívio para portadores de dor crônica, desenvolveu na década de 1970 um conjunto de exercícios inspirados em práticas meditativas, denominado "*Mindfulness-Based Stress Reduction*" - MBSR (CALVERT, 2018).

O MBSR é um protocolo de práticas baseadas em *Mindfulness*, e constitui-se como uma ferramenta clínica não farmacológica para a redução do estresse. É uma intervenção estruturada, na qual os participantes entram em contato com diversificados exercícios que envolvem

concentração na respiração, meditação, escaneamento corporal, *yoga*, movimentos corporais, *biofeedback*, técnicas cognitivas e de comunicação (KABAT-ZINN, 2003b).

Como o MBSR, existem outras intervenções que utilizam técnicas de *Mindfulness* em diferentes aborgadens, como o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*, que utiliza métodos de terapia cognitivo-comportamental, o *Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)*, uma intervenção para prevenção de recaída que integra práticas tradicionais e de *Mindfulness*, a *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, que é uma forma de aconselhamento e um ramo da análise do comportamento, e a *Dialectical and Behavior Therapy (DBT)*, um tratamento cognitivo-comportamental para pessoas com transtorno da personalidade *borderline*. Todas essas intervenções são consideradas como "práticas baseadas em *Mindfulness*" (BAER, 2003).

As práticas baseadas em *Mindfulness* envolvem a atenção nas sensações físicas, sensoriais, emocionais e cognitivas, que evoluem gradativamente no decorrer das sessões desenvolvidas nos programas. Por meio de sua realização é possível desenvolver habilidades para sustentar a tranquilidade e regular o impacto de pensamentos e emoções durante eventos estressantes, ao invés de desenvolver problemas de ansiedade ou outros padrões de pensamentos negativos, que podem ser o início de um ciclo de reatividade ao estresse (TEASDALE; SEGAL; WILLIAMS, 1995; HÖLZEL et al., 2011).

Práticas baseadas em *Mindfulness* vêm sendo ofertadas em serviços de saúde para a melhora de condições clínicas e também em contextos não-clínicos, como empresas, escolas e outras comunidades. De acordo com recomendações de centros especializados, programas com práticas baseadas em *Mindfulness* apenas podem ser ofertados por instrutores certificados, a fim de garantir o alcance dos efeitos esperados (GHERARDI-DONATO, 2018).

Nas últimas três décadas, expressivas evidências científicas vêm sendo publicadas demonstrando o efeito das práticas baseadas em *Mindfulness* no desempenho cognitivo, reatividade emocional, estado de atenção plena, ruminação, preocupação, autopercepção e flexibilidade psicológica em diferentes contextos. Esses efeitos demonstram impacto na contribuição de melhores parâmetros de qualidade de vida e saúde mental (GU et al., 2015; GHERARDI-DONATO, 2018).

Cramer et al. (2012) realizaram uma metanálise com ensaios clínicos controlados em pacientes com câncer de mama, e, ao comparar intervenções de *Mindfulness* com outras, como "tratamento convencional", "educação nutricional" e "outros tipos de gerenciamento do estresse", demostraram sinais preliminares de que as intervenções com práticas de *Mindfulness* poderiam ser mais eficazes do que as outras intervenções convencionalmente utilizadas.

Achados semelhantes foram encontrados em estudos clínicos realizados com pacientes cardíacos em relação a parâmetros de saúde mental (PARSWARNI et al., 2013; YOUNGE et al., 2015). Além disso, também tem sido observado impacto positivo na capacidade dos pacientes no controle de dor crônica (DE JONG et al., 2016).

Práticas baseadas em *Mindfulness* também demonstram benefícios na melhora do sistema imunológico. Estudo controlado conduzido por Creswell et al. (2016) com adultos desempregados, randomizou os sujeitos em dois grupos: um que realizou uma intervenção com práticas de *Mindfulness* e outro que realizou atividades de relaxamento. Os dois grupos apresentaram diminuição de Interleucina seis (IL6), biomarcador anti-inflamatório do estresse, porém, apenas o grupo que realizou práticas de *Mindfulness* manteve esses resultados na análise de acompanhamento (*follow up*) após quatro meses.

Outro estudo, realizado por McCraty, Atkinson e Tomasion (2003), mostrou que o exercício da atenção plena com práticas baseadas em *Mindfulness* tem um impacto positivo na saúde física, incluindo a redução dos níveis de pressão arterial e melhora do sistema imunológico.

Pesquisas com *Mindfulness* demonstram que a prática da atenção plena está associada a mudanças físicas estruturais no cérebro, em regiões associadas ao desenvolvimento de atenção, memória e funcionamento executivo, e, além disso, podem beneficiar na redução do declínio cognitivo associado ao envelhecimento do cérebro (PASSMORE, 2019).

O aumento da atenção plena adquirido com práticas de *Mindfulness* pode promover mudanças neuroplásticas nos circuitos cortico-límbicos, responsáveis pela regulação do estresse e emoção. Taren, Creswell e Gianaros (2013) exploraram o impacto das intervenções com práticas de *Mindfulness* no cérebro utilizando neuroimagens, e constataram que indivíduos com maior nível de atenção plena possuíam reatividade diminuída ao estresse, apresentando diferenças no volume de matéria cinzenta em regiões como córtex frontal e amígdala cerebral.

O córtex pré-frontal é uma área relacionada à metacognição e uma das regiões cerebrais mais desenvolvidas por meio da prática de *Mindfulness*. O córtex pré-frontal, considerado a "sede" da personalidade, está principalmente relacionado à tomada de decisões e adoção de estratégias comportamentais mais adequadas às situações físicas e sociais, que são diretamente dependentes da associação emocional realizada pelo indivíduo ao vivenciar determinadas situações cotidianas. As práticas apresentam benefícios relacionados à tomada de decisões mais atentas e conscientes. (ESPERIDIAO-ANTONIO et al., 2008).

Em estudo conduzido por Singleton et al. (2014), os participantes realizaram práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas e foram avaliados antes e depois, por meio de

exames de ressonância magnética. Após a realização das práticas, os participantes apresentaram aumento da concentração de substância cinzenta em áreas cerebrais que incluíam locais de síntese e liberação dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina, que estão envolvidos na modulação do humor e têm sido relacionados a uma variedade de funções afetivas e na resposta neurofisiológica ao estresse.

Consoante ao aumento dos estudos com *Mindfulness*, nos últimos dez anos, observa-se um número crescente de pesquisas relacionadas ao tema em instituições organizacionais, que apontam resultados benéficos em mudanças no contexto laboral (GOOD et al., 2015; PASSMORE, 2019).

No presente estudo, utilizou-se, pela primeira vez em um ensaio clínico, o programa de treinamento para práticas de Mindfulness desenvolvido pelo *Mindfulness Trainings International - MTi*. O ensino de Mindfulness do MTi está alinhado com o protocolo MBSR e mantém:

> *compromisso com os fundamentos da prática secular e um processo formativo consistente e articulado ao conhecimento científico e à contribuição social. Para o processo de formação praticado pelo MTi, prima-se pela manutenção das intenções essenciais da prática de mindfulness em ambientes tradicionais e a entrega de um ensino autêntico baseado na prática do instrutor* (GHERARDI-DONATO, 2018).

1.5 *Mindfulness* no contexto laboral

Estudos envolvendo práticas baseadas em *Mindfulness* em trabalhadores têm evidenciado inúmeros acréscimos à saúde. A literatura indica que o treinamento de *Mindfulness* pode ser uma maneira viável, eficaz e prática para redução do estresse, além de outros benefícios como diminuição de *burnout*, ansiedade e regulação emocional (GORDON et al., 2014; PASSMORE, 2019).

Intervenções com práticas de *Mindfulness* podem ser uma ferramenta viável para organizações que desejam melhorar a saúde mental de seus funcionários. A diminuição do estresse, o aumento de áreas cerebrais relacionadas à memória e cognição e a diminuição de sintomas ansiosos e depressivos são fatores que impactam na melhora da qualidade de vida do sujeito como um todo, e, consequentemente, esses benefícios podem ser refletidos em seu ambiente laboral (GORDON et al., 2014; PASSMORE, 2019).

Um treinamento com práticas de *Mindfulness* é capaz de fazer com que os trabalhadores aprendam a focar sua atenção mais consciente dentro do contexto laboral, tornando-os mais conscientes em seu local de trabalho e aumentando sua dinamicidade, o que está positivamente relacionado ao melhor desempenho laboral (DANE; BRUMMEL, 2014).

O grau de atenção que cada indivíduo é capaz de despender para estar atento ao seu ambiente laboral é chamado de "*workplace Mindfulness*". Embora esse grau de atenção esteja relacionado ao nível de *Mindfulness* natural e inato de cada sujeito, praticar *Mindfulness* pode aumentar seu nível de atenção plena, e consequentemente seu "*workplace Mindfulness*", resultando em um melhor desempenho no trabalho (LEE, 2012).

De acordo com Zivnuska et al. (2016), a atenção plena no trabalho é um precedente importante para o acréscimo de recursos organizacionais. A atenção plena contribui para que a equipe possa reconhecer, responder e refocalizar os problemas, permitindo que os funcionários adquiram estratégias adicionais para a diminuição do estresse e aumento do bem-estar, que beneficiam não apenas ele próprio, mas também a organização, por meio de menores intenções de rotatividade e maior comprometimento afetivo dos trabalhadores.

Estudo conduzido por Hülsheger et al. (2013) com trabalhadores que lidavam com público demonstrou que participantes do grupo de intervenção que praticaram *Mindfulness* experimentaram significativamente menor exaustão emocional e mais satisfação no trabalho do que os participantes do grupo controle que não realizaram nenhuma prática.

Apesar do número expressivo e cada vez maior de evidências que demonstram os benefícios das práticas de *Mindfulness* em diferentes ambientes, ainda há poucos estudos que investigam sua influência em população de trabalhadores em contextos específicos, principalmente em âmbito nacional, e que considerem parâmetros de saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar se uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* aplicada por oito semanas é capaz de diminuir os níveis de estresse percebido, depressão, ansiedade e *burnout*, e aumentar o nível de atenção plena em uma amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública.

2.2 Objetivos específicos e hipóteses

Objetivo 1 - Comparar o nível de estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos que participaram de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (Grupo Experimental - GE) com o de trabalhadores que não participaram (Grupo Controle - GC).

Hipótese Nula (H0) - Não haverá diferença no nível de estresse percebido entre os GE e GC após a intervenção;

Hipótese Alternativa (H1) - Haverá diferença entre os grupos (GE apresentará menor nível de estresse percebido do que o GC após a intervenção).

Objetivo 2 - Comparar o nível de depressão em trabalhadores técnico-administrativos que participaram de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (GE) com o de trabalhadores que não participaram (GC).

Hipótese Nula (H0) - Não haverá diferença no nível de depressão entre os GE e GC após a intervenção;

Hipótese Alternativa (H1) - Haverá diferença entre os grupos (GE apresentará menor nível de depressão do que o GC após a intervenção).

Objetivo 3 - Comparar o nível de ansiedade em trabalhadores técnico-administrativos que participaram de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (GE) com o de trabalhadores que não participaram (GC).

Hipótese Nula (H0) - Não haverá diferença no nível de ansiedade entre os GE e GC após a intervenção;

Hipótese Alternativa (H1) - Haverá diferença entre os grupos (GE apresentará menor nível de ansiedade do que o GC após a intervenção).

Objetivo 4 - Comparar o nível de *burnout* em trabalhadores técnico-administrativos que participaram de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (GE) com o de trabalhadores que não participaram (GC).

Hipótese Nula (H0) - Não haverá diferença no nível de *burnout* entre os GE e GC após a intervenção;

Hipótese Alternativa (H1) - Haverá diferença entre os grupos (GE apresentará menor nível de *burnout* do que o GC após a intervenção).

Objetivo 5 - Comparar o nível de atenção plena em trabalhadores técnico-administrativos que participaram de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas (GE) com o de trabalhadores que não participaram (GC).

Hipótese Nula (H0) - Não haverá diferença no nível de atenção plena entre os GE e GC após a intervenção;

Hipótese Alternativa (H1) - Haverá diferença entre os grupos (GE apresentará maior nível de atenção plena do que o GC após a intervenção).

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Para melhor compreensão do fenômeno, o presente estudo foi dividido em duas etapas. A primeira etapa trata-se de um estudo exploratório analítico de corte transversal. Essa etapa foi realizada a fim de mapear as características sociodemográficas e condições de trabalho e saúde da amostra e também permitiu identificar qual era o nível de estresse percebido (desfecho principal) e seus principais preditores. A primeira etapa forneceu subsídio para selecionar os sujeitos elegíveis para a segunda etapa do estudo.

A segunda etapa do estudo consiste em um estudo experimental, do tipo ensaio clínico. Essa etapa consta da implementação e avaliação de uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* em trabalhadores técnico-administrativos de uma instituição de ensino superior.

Em ensaios clínicos, é implementada uma intervenção e o pesquisador observa seus efeitos sobre os desfechos. Os participantes do estudo são alocados aleatoriamente para um grupo experimental e para um grupo controle (HULLEY et al., 2015).

Ensaios clínicos, quando conduzidos de forma correta, seguindo todas as etapas apropriadamente, conferem padrão-ouro para avaliar intervenções na área da saúde (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

A fim de alcançar o melhor padrão possível de qualidade, esse estudo foi realizado de acordo com recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), o qual consiste em uma lista de itens essenciais em ensaios clínicos, com o intuito de melhorar a qualidade dos mesmos (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

3.2 Aspectos éticos

Esse estudo foi realizado com a autorização das unidades do *campus* da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto (instituições coparticipantes).

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP), sob o parecer número 1.761.774, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 58376016.0.0000.5393 em 05/10/2016 (ANEXO A).

Nenhuma recompensa ou remuneração foi oferecida aos participantes. Todas as normas e diretrizes éticas que regulamentam as pesquisas com seres humanos foram respeitadas,

incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa, em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

3.2.1 Registro do estudo

O estudo apresenta registro na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) com o título "Protocolo Baseado em *Mindfulness* na Redução de Estresse de Trabalhadores de uma Universidade do Interior Paulista: Ensaio Clínico Randomizado" sob o número do UTN: U1111-1179-7619.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em oito unidades de ensino e em quatro setores administrativos do *campus* da USP de Ribeirão Preto.

O local para realização da intervenção foi o Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, localizado nesse mesmo *campus*.

3.4 População de interesse

A população de interesse desse estudo foi constituída por trabalhadores da categoria técnico-administrativa, ou seja, trabalhadores não docentes do *campus* da USP de Ribeirão Preto, o qual agrega ampla diversidade de faixa etária, nível socioeconômico, nível de escolaridade e função ocupada no trabalho.

De acordo com lista fornecida pelo Centro de Serviços Compartilhados em Recursos Humanos de Ribeirão Preto (CSCRH-RP), o número total de trabalhadores técnico-administrativos e não terceirizados, lotados por esse *campus*, era de 1.704 no momento do início da coleta (julho de 2017), distribuídos segundo dois setores descritos abaixo.

Setores de ensino: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP): 433; Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP): 201; Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto (FEA-RP): 68; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP): 110; Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP): 143; Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP): 186; Faculdade de Direito

de Ribeirão Preto (FDRP): 47; Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP): 39.

Setores administrativos: Prefeitura do Campus USP de Ribeirão Preto (PUSP-RP): 446 e demais setores que pertencem à prefeitura do *campus*, a saber, Centro de Tecnologia da Informação de Ribeirão Preto (CETI-RP): 10; Serviço de Verificação de Óbitos do Interior (SVOI): 15; Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT): 6.

Os cargos de trabalho na referida instituição são divididos por três níveis, a depender da escolaridade exigida na função, sendo: 469 trabalhadores de nível básico (possuem pelo menos ensino fundamental); 882 trabalhadores de nível técnico (possuem pelo menos ensino médio completo) e 353 trabalhadores de nível superior (possuem pelo menos ensino superior completo).

Estudos realizados anteriormente com essa população apontaram altos índices de estresse laboral e uso de estratégias de enfrentamento não assertivas, como uso abusivo de álcool (LOPES, 2011; GAVIN et al., 2017).

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão para a primeira etapa do estudo

Critérios de inclusão: a) ser funcionário da categoria técnico-administrativa do *campus* de Ribeirão Preto da USP, b) de ambos os sexos e c) possuir idade igual ou superior a 18 anos.

Critérios de exclusão: a) possuir menos de um ano de vínculo na instituição, b) ser funcionário terceirizado, c) não responder à coordenadoria do *campus* da USP de Ribeirão Preto (ser lotado por outro *campus*) e d) estar de licença e/ou afastamento por motivo de saúde ou licença maternidade.

3.4.1.1 Recrutamento dos sujeitos para a primeira etapa do estudo

Para a coleta de dados da primeira etapa, uma equipe de pesquisadores abordou os sujeitos pessoalmente em seu local de trabalho. Os sujeitos que concordavam em participar, após anuência em TCLE (APÊNDICE A), recebiam um envelope fechado que continha quatro instrumentos de autopreenchimento, sendo: um questionário sociodemográfico e de condições de trabalho e saúde, especialmente desenvolvido para este estudo (APÊNDICE C), e quatro escalas: Escala de Estresse Percebido (PSS14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) (ANEXO B), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (BECK et al., 1961) (ANEXO

C), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK et al., 1988) (ANEXO D), todos em suas respectivas versões validadas para o Brasil (CUNHA, 2001; LUFT et al., 2007; GOMES-OLIVEIRA et al., 2012).

Nesse momento, foi combinado entre pesquisadores e entrevistados uma data e período para devolução dos questionários, e foi ressaltado que, em caso de dúvida, poderiam entrar em contato com os pesquisadores. Os pesquisadores retornavam em média três vezes em cada setor a fim de recuperar os questionários.

A primeira etapa da coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017.

3.4.2 Justificativa do tamanho da amostra para a segunda etapa do estudo - ensaio clínico

Para a segunda etapa do estudo, foram selecionados os sujeitos que apresentaram maior nível de estresse percebido. Essa avaliação ocorreu por meio da utilização da Escala de Estresse Percebido (PSS14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983), aplicada na primeira etapa.

O critério de seleção utilizado pelo pesquisador visou testar a efetividade da intervenção sobre a principal variável desfecho (estresse percebido). Também considerou-se, em termos de responsabilidade ética com a população alvo, que a intervenção deveria ser primeiramente oferecida àqueles sujeitos que apresentavam maiores riscos de desenvolvimento de doenças relacionadas a maiores níveis de estresse percebido.

O autor da escala PSS14 não recomenda pontuação de corte nem classificações para a escala. Sua avaliação deve ser realizada por meio de uma variável contínua, em que quanto maior o escore obtido, maior o nível de estresse percebido. Dessa forma, para seleção dos maiores níveis de estresse percebido, utilizou-se no presente estudo a mediana dos valores pontuados na escala pela própria amostra investigada, que foi de 23 pontos.

3.4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão para a segunda etapa do estudo - ensaio clínico

Critério de inclusão: a) obter a pontuação da escala PSS14 igual ou acima da mediana da própria amostra.

Critérios de exclusão: a) praticar regularmente (pelo menos uma vez por semana) algum tipo de meditação nos últimos 12 meses; b) estar em tratamento com uso de psicotrópicos.

Essas medidas foram adotadas a fim de diminuir possíveis vieses de confusão para o efeito esperado.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 281 sujeitos elegíveis para a segunda etapa.

3.4.2.2 Cálculo amostral da segunda etapa do estudo - ensaio clínico

Para o cálculo do tamanho amostral, optou-se pelo uso da escala numérica PSS14 (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983), e tomou-se por base o estudo de Youge et al. (2015). Esse estudo foi escolhido por seguir um alto rigor metodológico, e após a aplicação de um protocolo de práticas baseadas em *Mindfulness* em pacientes com doença cardíaca, detectou alterações nos resultados após 12 semanas, em comparação com os valores basais (efeito intragrupo) de -2,4 pontos e diferenças entre os grupos de tratamento (efeito intergrupo) de -1,0 ponto, sobre o resultado psicológico de estresse percebido, mensurado pela escala PSS14.

Considerando que desejou-se detectar uma diferença de 2,4 pontos (δ) na escala com um nível de significância de 5% ($z1-\alpha$=1,96), um poder de 80% ($z1-\beta$=1,96), o resultado obtido foi de 23 indivíduos para cada grupo.

As informações relacionadas às variâncias dos grupos controle e intervenção também foram obtidas do estudo Younge et al. (2015), e foi assumida uma correlação de 0,75.

A fórmula utilizada para o cálculo é dada por $n= \sigma 2d\ (z1-\alpha+ z1-\beta)2\delta 2$, sendo: $\sigma 2d= \sigma 21+ \sigma 22-2*\rho*\sigma 1*\sigma 2$

$\sigma 21$=Variância do Grupo Controle

$\sigma 22$=Variância do Grupo Intervenção

ρ=Correlação entre os tempos inicial e final

Estudos de intervenção com práticas baseadas em *Mindfulness*, em geral, assumem uma perda de seguimento de 20% (KABAT-ZINN, 1982; KABAT-ZINN; LIPWORTH; BURNEY, 1985; LIU et al., 2019).

Para maior segurança do estudo, foi adotada uma perda de 35% no seguimento para a realização do cálculo ($nc= n1-perda$), a fim de evitar possíveis perdas.

Com essa aplicação, o valor de participantes de cada grupo elevou-se a 40.

3.4.2.3 Randomização da amostra da segunda etapa do estudo - ensaio clínico

A randomização é a base de um ensaio clínico, e é importante que seja realizada de forma correta. Duas características fundamentais na randomização são: que ela deve alocar tratamentos aleatoriamente e que as alocações devem ser invioláveis, tornando impossível que fatores intencionais e não intencionais influenciem na randomização. Para realizar a aleatorização, deve-se gerar uma lista de alocação por meio de números aleatórios, a qual deve ser mantida fora do conhecimento do pesquisador que seleciona e trabalha com os participantes (HULLEY et al., 2015).

A segunda etapa do estudo incluiu um sorteio da amostra. Após definição do número de sujeitos pelo cálculo amostral, a amostra foi randomizada considerando 1:1. Foram consideradas para o pareamento dos grupos as variáveis idade, sexo e nível de trabalho (básico, técnico e superior).

A lista de alocação foi gerada pelo profissional estatístico, através de tabela de números aleatórios, e a sequência foi omitida até o momento da alocação dos participantes. O recrutamento foi realizado pelo pesquisador, e os instrutores que realizaram a intervenção eram cegos em relação ao assinalamento dos grupos.

Os participantes foram alocados aleatoriamente no Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC), não podendo escolher em qual grupo gostariam de ficar. Dessa forma, os participantes selecionados foram convidados para participar da segunda etapa do estudo e receberam um novo TCLE (APÊNDICE B).

3.4.2.4 Cegamento da segunda etapa do estudo - ensaio clínico

Sempre que possível, deve-se evitar que os participantes do estudo ou qualquer outra pessoa em contato com eles saibam em que grupo o paciente foi alocado. Em ensaios clínicos, o cegamento auxilia na prevenção de vieses nas avaliações do desfecho (HULLEY et al., 2015).

Como essa intervenção não pôde ser mascarada (os sujeitos sabiam em qual grupo estavam e os instrutores sabiam que estavam realizando a intervenção), para evitar viés de pesquisa, os instrutores que realizaram a intervenção não tiveram contato com os dados ou com qualquer abordagem dos participantes relacionados à pesquisa. As avaliações dos desfechos foram realizadas por profissional estatístico cego à intervenção.

3.4.3 Caracterização das amostras

Para a caracterização dos participantes em ambas as etapas, foi utilizado um questionário denominado "Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde", elaborado pelo autor (APÊNDICE C). Este contempla as variáveis: idade, sexo, grau de instrução, situação conjugal, filhos, religião, nível de trabalho, possuir mais de um vínculo empregatício, prática de atividade física, prática de meditação, uso de álcool, uso de tabaco e uso de medicação psicotrópica.

3.5 Desfechos

Os desfechos foram avaliados em dois momentos: uma semana antes da intervenção (T0), a fim de avaliar os níveis basais dos desfechos investigados, e, após oito semanas (T1), no último dia após a finalização da intervenção.

3.5.1 Desfecho principal

3.5.1.1 Estresse percebido

Para mensurar o nível de estresse percebido, foi utilizada a *Perceived Stress Scale* em sua versão com 14 itens (PSS14). Elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), essa escala foi traduzida e validada no Brasil por Luft et al. (2007) como Escala de Estresse Percebido (ANEXO B).

A escala possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre e 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, sendo, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas, somadas diretamente. O escore total da escala pode variar de zero (sem estresse) a 56 (estresse extremo) (LUFT et al., 2007).

A PSS contém questões designadas para verificar o quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas em fatores de "percepção negativa" e de "percepção positiva" (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

A escala PSS14 é capaz de avaliar o autorrelato do estresse, considerada uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários pois não contém questões específicas do contexto. A confiabilidade da escala foi avaliada pela consistência interna em sua validação

para o Brasil, verificada por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach* (α=0,82) (LUFT et al., 2007).

3.5.2 Desfechos secundários

3.5.2.1 Depressão

Para mensurar o nível de depressão, foi utilizado o *Beck Depression Inventory* (BDI), criado por Beck et al. (1961), validado no Brasil por Gomes-Oliveira *et al*. (2012) como Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (ANEXO C). Consiste em 21 conjuntos de declarações sobre sintomas depressivos nos últimos 15 dias que são classificados em uma escala ordinal de zero a três, produzindo escores totais variando de zero a 63.

O BDI-II é um instrumento considerado fidedigno e válido para mensurar sintomatologia depressiva na população brasileira não clínica. Quanto à consistência interna, apresentou Alfa de *Cronbach* de α=0,93 (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012).

3.5.2.2 Ansiedade

Para mensurar o nível de ansiedade, foi utilizado o *Beck Anxiety Inventory* (BAI), criado por Beck et al. (1988) e validado para o Brasil por Cunha (2001) como Inventário Ansiedade de Beck (ANEXO D). Consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada, e varia de zero a 63.

O instrumento BAI possui um bom nível de precisão para mensurar a intensidade da ansiedade em populações não clínicas, com Alfa de *Cronbach* reportado entre 0,83 e 0,92 (CUNHA, 2001).

3.5.2.3 Burnout

Para mensurar nível de *burnout*, foi utilizada a escala *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS), desenvolvida por Maslach e Jackson (1981) e validada no Brasil por Schuster et al. (2015) (ANEXO E).

É composta de três dimensões: Exaustão Emocional (EE), com seis variáveis; Cinismo (CI), com quatro variáveis, e Eficácia no Trabalho (ET), com seis variáveis. A pontuação é feita por uma escala do tipo *likert* de sete pontos (zero a seis), que varia de nunca até todo dia (MASLACH; JACKSON,1981).

A MBI-GS é uma versão geral para mensurar *burnout* que mantém uma estrutura de fator consistente com diversas ocupações. O instrumento MBI-GS possui recomendada confiabilidade interna, com um Alfa de *Cronbach* de 0,88 (total), e em suas dimensões: 0,84 para EE, 0,84 para CI e 0,82 para ET (SCHUSTER et al., 2015).

3.5.2.4 Atenção plena (Mindfulness)

Para mensurar o nível de atenção plena (ou nível de *Mindfulness*), foi utilizado o instrumento *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ), desenvolvido por Baer et al. (2006) e traduzido e validado para o Brasil como Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR) por Barros et al. (2014) (ANEXO F).

Esse instrumento mensura níveis de atenção plena de forma multidimensional. Apesar de intitulado como cinco facetas, a autora que procedeu a validação recomenda que o instrumento deve ser analisado considerando sete facetas, sendo elas: (1) Não julgar a experiência interna; (2) Agir com consciência- piloto automático; (3) Observar; (4) Descrever - formulação positiva; (5) Descrever - formulação negativa; (6) Não reagir à experiência interna e (7) Agir com consciência - distração (BARROS et al., 2014).

No instrumento FFMQ-BR, o Alfa de *Cronbach* total da escala foi 0,81 e os valores nas facetas foram: Não Julgar a Experiência Interna (α=0,78); Agir com Consciência - piloto automático (α=0,79); Observar (α=0,76); Descrever - formulação positiva (α=0,76); Descrever - formulação negativa (α=0,75); Não Reagir à Experiência Interna (α=0,68) e Agir com Consciência - distração (α=0,63), confirmando a existência de evidências de validade de construto e de fidedignidade do instrumento (BARROS et al., 2014).

3.6 Grupo experimental - ensaio clínico

Os sujeitos aleatorizados para o Grupo Experimental (GE) receberam uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness,* intitulada “Programa *Mindfulness*”, por um período de oito semanas.

3.7 Grupo controle - ensaio clínico

Os participantes que ficaram no GC foram informados que não receberiam nenhuma intervenção naquele momento, permanecendo em uma lista de espera. O mesmo programa foi oferecido para todos os sujeitos do GC que manifestaram interesse, após o término do estudo. Essa medida atendeu ao compromisso ético dos pesquisadores para com os participantes da pesquisa.

Nesse estudo, optou-se por um desenho de estudo pragmático sem um tratamento de placebo ativo. Essa escolha é justificada pela probabilidade de um efeito placebo parcial no qual a população é afetada por acreditar estar participando de uma intervenção para redução do estresse (YOUNGE et al., 2015).

Para evitar o máximo possível as cointervenções, o grupo controle foi instruído a evitar iniciar algum tipo de meditação durante a pesquisa (HULLEY et al., 2015), bem como notificar os pesquisadores caso iniciasse esse tipo de prática.

Nenhum participante do GC notificou o pesquisador durante o período orientado e todos responderam negativamente quando questionados sobre o início de práticas no dia em que foi realizada a coleta final (T1).

3.8 Intervenção - ensaio clínico

A intervenção é a variável explanatória principal na análise dos desfechos, e no presente estudo consistiu em um programa de práticas baseadas em *Mindfulness,* intitulado "Programa *Mindfulness",* por um período de oito semanas. O programa foi desenvolvido de acordo com o protocolo de estratégias para prática de *Mindfulness* do *Mindfulness Trainings International* (MTi) (GHERARDI-DONATO, 2018; KAWAMATA, 2019).

A presente intervenção contou com a colaboração essencial da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e do Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas da EERP.

A intervenção ocorreu em horários previamente agendados e combinados de acordo com a preferência e disponibilidade dos sujeitos, sendo possível escolher entre quatro horários distintos. Essas medidas foram tomadas a fim de aumentar a adesão por parte dos sujeitos e não atrapalhar seu horário de trabalho na instituição.

A intervenção ocorreu no formato de sessões presenciais em grupo, uma vez por semana por um período de oito semanas, e tinha duração de duas horas. As sessões foram realizadas em

uma sala adaptada para as práticas de *Mindfulness*, contendo cadeiras, almofadas, lousa e uma antessala com mesa e cadeiras, localizada no Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas dentro do *campus* onde os participantes desenvolvem suas atividades laborais.

Também houve uma sessão de imersão, que ocorreu em um sábado pela manhã com duração de quatro horas, em um espaço mais amplo com acréscimo de área natural (árvores, plantas, grama, chão de terra), onde durante a semana funciona a creche do *campus*. O local foi escolhido devido a sua infraestrutura.

De acordo com o programa da intervenção, o sujeito era instruído a realizar as práticas, treinadas no encontro presencial, diariamente em casa nos demais dias da semana. Era oferecido um material impresso e de áudio para auxiliar na realização das práticas. Os áudios foram disponibilizados aos participantes nas opções via *email*, *WhatsApp*® e Disco Compacto (CD), de acordo com a preferência indicada.

No presente estudo, a maioria dos participantes optou por receber os áudios via *WhatsApp*® e apenas um sujeito preferiu a opção via *email*. Os áudios continham guia para a realização das práticas, gravadas pelos próprios instrutores.

Também era oferecido semanalmente um diário, no qual os participantes eram encorajados a registrar suas práticas em casa (APÊNDICE D). O diário não foi utilizado para as análises, e teve como principal finalidade estimular e organizar a inserção das práticas no cotidiano dos trabalhadores participantes do estudo.

A intervenção esteve composta por um total de nove sessões e foi realizada por quatro instrutores certificados pelo *Mindfulness Trainings International* (MTi) para oferecer o treinamento de práticas de *Mindfulness* em contexto laico.

O MTi é um centro de treinamento com sede no Brasil, fundado em 2013 pelo Lama Jangchub Reid. O MTi oferece cursos de treinamento e formação para praticantes de *Mindfulness* e instrutores, e possui como uma de suas características essenciais o compromisso com os fundamentos da prática secular e um processo formativo consistente e articulado com o conhecimento científico e contribuição social (GHERARDI-DONATO, 2018).

O preparo do instrutor é fundamental para o alcance dos efeitos decorrentes da prática ensinada (RUIJGROK-LUPTON; CRANE; DORJEE, 2017), dessa forma, assinala-se que todos os instrutores responsáveis pela aplicação da intervenção possuíam formação para instruir programas de treinamento para prática de *Mindfulness*.

Foi necessária a realização de sete grupos distintos para a finalização do estudo, sendo cinco grupos realizados para a coleta de dados e dois grupos oferecidos posteriormente aos participantes do GC.

3.8.1 Protocolo de intervenção do ensaio clínico - Programa *Mindfulness*

O protocolo da intervenção do presente estudo (Programa *Mindfulness*) (APÊNDICE E), foi padronizado pelos instrutores do Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas da EERP e seguido em todos os grupos realizados.

O protocolo seguiu os fundamentos e práticas do MTi, o qual mantém alinhamento com os fundamentos do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR) de Kabat-Zinn et al. (2003b), e as recomendações do manual de boas práticas em *Mindfulness* do *UK Network for Mindfulness-Based Teachers Good Practice Guidelines for Teaching Mindfulness-based Courses* (2015).

O Programa *Mindfulness* foi desenvolvido e organizado em oito sessões e um encontro de imersão. As sessões e seus respectivos temas, foco do aprendizado e práticas principais estão descritos a seguir, no Quadro 1.

Quadro 1 - Sessões, temas, foco do aprendizado e práticas principais do Programa *Mindfulness*

Sessão	**Tema**	**Foco do Aprendizado**	**Práticas Principais**
Um	Mudar é fácil	- Praticar *Mindfulness* é natural, simples e fácil.	- “Mudar é Fácil” e “Pergunta Milagre”, práticas físicas e de visualização mental para motivar estados positivos de mudança e autoconfiança; - Auto avaliação do nível do estresse e orientação sobre os benefícios das práticas; - Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade, iniciando o desenvolvimento do *Mindfulness* no corpo.
Dois	Respirar é natural	- Tomar consciência do corpo respirando com ênfase no sentir e na diminuição da verbalização. - Tomar consciência do início, meio e fim da inspiração e expiração, bem como os intervalos no ciclo respiratório.	- Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade; - Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, com foco na respiração; - Desenho da própria respiração.
Três	Mantendo o corpo consciente	- Promover a investigação e reconciliação da conexão mente e corpo. - Desenvolver a atenção plena com foco no alimento.	- Desenvolvendo *Mindfulness* sentado, com foco na respiração;

		- Tomar consciência das referências e sensações corporais.	- Desenvolvendo *Mindfulness* na Alimentação - prática da uva passa; - Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo (consciência corporal)
Quatro	Simplesmente ser	- Sentir que o corpo e a mente apreciam estar no momento presente. - Reconhecer a mente de principiante e aceitar o momento presente (indo para o não julgamento).	- Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo (consciência corporal); - Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento (alongando e flexionando); - Desenvolvendo *Mindfulness* andando lentamente.
Cinco	Momento a momento	- Estar ciente em todos os momentos e estar ciente da impermanência, das mudanças constantes dos estados físicos e mentais, bem como das condições externas e das coisas materiais. - Favorecer a consciência da condição humana e da relação com o ambiente e outros seres vivos.	- Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, com foco na respiração; - Desenvolvendo *Mindfulness* Caminhando, utilizando quatro suportes: sorrir, respirar, tomar consciência do movimento e tomar consciência de inúmeros seres vivos.
Seis	Acolhendo as emoções	- Promover a experiência de falar sobre si mesmo e ouvir com atenção plena. - Tomar consciência das emoções, acolhendo a experiência vivenciada e desenvolvendo a autocompaixão.	- Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, com foco na respiração; - Dinâmica de falar e ouvir compassivamente em duplas; - Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo, por meio da visualização (Prática do Sorriso Interior).
Dia de Imersão	Revisão e imersão em todas as práticas	- Aprofundar as práticas. - Experienciar e apreciar o silêncio. - Alimentar-se com consciência plena. - Desenvolver a compaixão, autocompaixão e bondade amorosa.	- Prática dos 9 Sopros; - Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade; - Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento; - Desenvolvendo *Mindfulness* Andando Lentamente; - Desenvolvendo *Mindfulness* Caminhando na Natureza; - Lanche em silêncio; - Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo; - Desenvolvendo a Autocompaixão com toques sutis; - Desenvolvendo Compaixão em duplas.

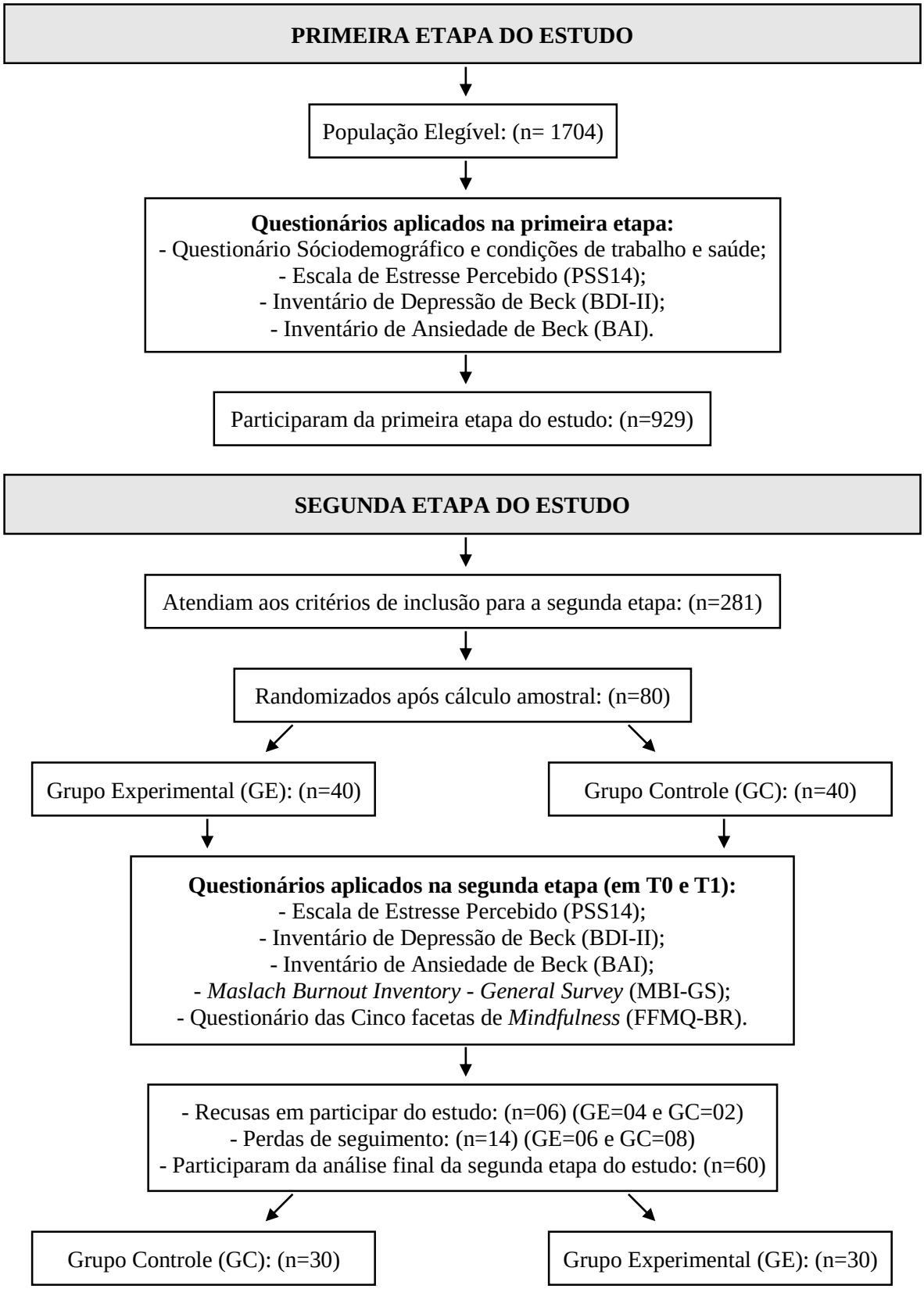
Sete	Vivendo *Mindfulness*	- Tomar consciência do começo, meio e fim das formações mentais, diminuindo a reatividade.	- Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, com foco na respiração (breve); - Desenvolvendo *Mindfulness* com foco na respiração, sensações, sons e pensamentos; - Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento (alongando e flexionando).
Oito	Cultivando a paz	- Cultivar *Mindfulness*, bondade amorosa e compaixão. - Sentir conscientemente as emoções. - Cultivar a sensação de paz e o compartilhamento dessa sensação. - Compartilhar estratégias para manutenção das práticas.	- Desenvolvendo a Autocompaixão com toques sutis; - Prática da Bondade Amorosa.

Fonte: produção da própria autora

3.9 Procedimento de coleta de dados

O procedimento e o fluxo esquemático de coleta de dados nas duas etapas do estudo estão descritos a seguir, na Figura 1.

Figura 1 - Fluxo esquemático de coleta de dados nas duas etapas do estudo



Fonte: produção da própria autora

3.10 Análise dos dados

Os dados coletados foram codificados e tabulados em planilha de dados no programa computacional *Microsoft Excel*® 2010. Na sequência, as planilhas foram exportadas para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 17.0 para *Windows*.

As variáveis investigadas foram descritas em suas frequências, tanto em números absolutos como percentuais, em suas médias e Desvios Padrão (DP).

3.10.1 Planejamento estatístico do estudo na primeira etapa

Foi realizada regressão linear logística múltipla, aqui representada em modelo não ajustado Beta e Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%), para cada variável individual e em modelo ajustado.

Pela natureza exploratória deste estudo, todas as mesmas variáveis testadas isoladamente, ainda que não alcançando o critério de significância ≤0,05, hipotetizadas como relevantes para a predição e entendimento do fenômeno de interesse, foram testadas no modelo ajustado.

3.10.2 Planejamento estatístico do estudo na segunda etapa - ensaio clínico

Foram considerados para análise dos dados aqueles sujeitos que realizaram pelo menos 60% das atividades da intervenção. Esse valor foi assumido com base em outros ensaios clínicos controlados realizados com intervenções baseadas em *Mindfulness*, os quais consideraram para suas análises ao menos 50% de participação dos sujeitos (YOUGE et al., 2015; ALLEXANDRE et al., 2016).

O teste do Qui-quadrado de *Pearson* e o teste Exato de *Fisher* foram conduzidos para comparar as distribuições das variáveis nominais entre GC e GE.

Eventuais mudanças intergrupos nos resultados da intervenção foram comparadas entre as características basais (T0) e após as oito semanas de intervenção (T1) de GC e GE com o teste de *Mann-Whitney*. O teste não-paramétrico foi escolhido após consideração do tamanho da amostra e inspeção dos histogramas das variáveis numéricas por grupo.

O critério de significância de 0,05 foi adotado em todas as análises realizadas neste estudo.

4. RESULTADOS

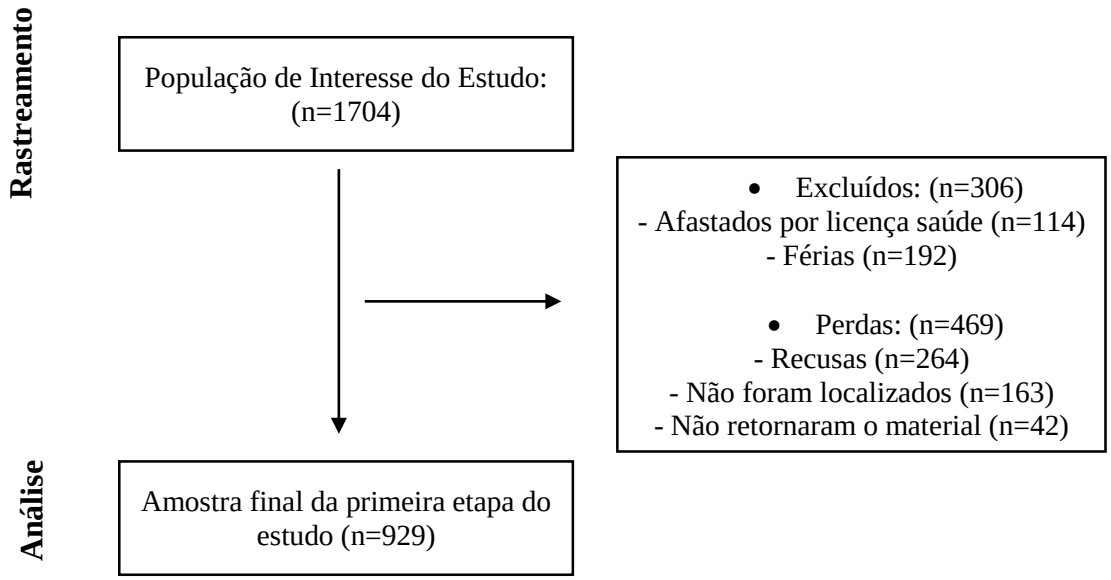
4.1 Resultados da primeira etapa do estudo

4.1.1 Fluxo dos participantes

O fluxo dos participantes na primeira etapa do estudo está representado na Figura 2. Um total de 929 voluntários retornaram o material de coleta de dados preenchido, correspondendo a 54,51% da população total de trabalhadores da categoria técnico-administrativa do *campus* da USP de Ribeirão Preto.

Em relação as recusas, os principais motivos apontados foram falta de tempo e de interesse em participar.

Figura 2 - Diagrama de fluxo dos participantes na primeira etapa do estudo



Fonte: produção da própria autora

4.1.2 Caracterização da amostra da primeira etapa do estudo

A Tabela 1, apresenta as características da amostra de participantes da primeira etapa do estudo. A idade média foi de 46,15 (DP=10,57) anos. Não houve diferença significativa na distribuição quanto ao sexo (p=0,140)

Em geral, trata-se de uma amostra com níveis de escolaridade heterogêneos (p<0,001), sendo que 2,80% possuíam ensino fundamental, 23,79% ensino médio, 44,78% ensino superior e 28,63% pós-graduação.

A maioria dos participantes relatou viver com companheiro(a) (71,04%, p<0,001). Igualmente, a maioria descreveu ter filhos (66,20%, p<0,001) e ainda ser responsável pela criação dos mesmos (82,52%, p<0,001).

A maior classe de trabalhadores que respondeu ao estudo foi a de nível técnico (70,18%, p<0,001).

Quanto à análise de correspondência entre escolaridade e o cargo ocupado, 65,12% dos trabalhadores ocupavam postos abaixo de seus níveis educacionais; 33,69% ocupavam postos compatíveis e 1,19% ocupava postos acima de seus níveis educacionais (p<0,001).

O tempo médio de contratação dos participantes foi de 18,54 (DP=11,08) anos. Apenas 6,81% dos participantes descreveram ter um segundo trabalho (p<0,001).

Não foi observada diferença na distribuição entre os trabalhadores com (50,27%) e sem prática religiosa (p=0,870).

Sobre práticas e condições de saúde, 55,87% praticavam alguma modalidade de atividade física (p<0,001), enquanto uma porcentagem menor de participantes descreveu que praticavam regularmente algum tipo de meditação (20,58%, p<0,001).

Foi observado contraste quanto ao consumo de tabaco e bebida alcóolica, sendo que 8,40% dos participantes fumavam (p<0,001) e 48,76% descreveram uso regular de bebida alcóolica (pelo menos duas vezes por semana). Quanto a este último, ainda que apresentando porcentagem considerável, não foi diferente da porcentagem daqueles sem consumo de álcool (p=0,450).

A resposta afirmativa para uso de alguma medicação psicotrópica correspondeu a 14,53% (p<0,001).

Os escores médios de sintomas de depressão e ansiedade foram, respectivamente, 9,02 (DP=7,12) e 7,41 (DP=7,52). O escore médio de estresse percebido mensurado pela escala PSS14 foi de 22,71 (DP=9,52) pontos.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de condições de trabalho e saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública (n=929)

Características da amostra		**Teste Qui-quadrado de Pearson**
Idade, anos [média (DP)][1]	46,15 (10,57)	
Homens [n (%)]	442 (47,58)	χ^2=2,18, gl=1, p=0,140
Nível Educacional [n (%)]		χ^2=333,99, gl=1, **p<0,001**
Fundamental	26 (2,80)	
Ensino Médio	221 (23,79)	
Ensino Superior	416 (44,78)	
Pós-Graduação	266 (28,63)	
Vive com companheiro (a) [n (%)]	660 (71,04)	χ^2=164,57, gl=1, **p<0,001**
Tem filhos [n (%)]	615 (66,20)	χ^2=97,53, gl=1, **p<0,001**
Responsável pela criação dos filhos [n (%)]	510 (82,52)	χ^2=261,50, gl=1, **p<0,001**
Nível de função [n (%)]		χ^2=569,03, gl=2, **p<0,001**
Básico	124 (13,35)	
Técnico	652 (70,18)	
Superior	153 (16,47)	
Relação nível de trabalho x nível educacional [n(%)]		χ^2=569,76, gl=2, **p<0,001**
Abaixo	605 (65,12)	
Correspondente	313 (33,69)	
Acima	11 (1,19)	
Tempo de trabalho, anos (DP][2]	18,54 (11.08)	
Tem outro trabalho [n (%)][3]	63 (6,81)	χ^2=690,16, gl=1, **p<0,001**
Pratica religião [n (%)]	467 (50,27)	χ^2=0,03, gl=1, p=0,870
Pratica exercício físico [n (%)]	519 (55,87)	χ^2=12,79, gl=1, **p<0,001**
Pratica meditação [n (%)][4]	191 (20,58)	χ^2=321,25, gl=1, **p<0,001**
Fuma [n (%)]	78 (8,40)	χ^2=643,20, gl=1, **p<0,001**
Consome bebida alcoólica [n (%)]	453 (48,76)	χ^2=0,57, gl=1, p=0,450
Uso de medicação psicotrópica [n (%)]	135 (14,53)	χ^2=467,47, gl=1, **p<0,001**
BDI-II [média (DP)]	9,02 (7,12)	
BAI [média (DP)]	7,41 (7,52)	
PSS14 [média (DP)]	22,71 (9,52)	

Critério de *alpha*=0,05.gl: graus de liberdade; DP: Desvio padrão; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; PSS14: Escala de Estresse Percebido. [1] *Missing:1;* [2] *Missing:10;* [3] *Missing:4;* [4] *Missing:1*

Fonte: produção da própria autora

4.1.3 Preditores do estresse percebido

Na Tabela 2 estão apresentados os modelos de regressão linear não ajustados e linear múltiplo ajustado para os escores da PSS14.

Observamos que, isoladamente, as seguintes variáveis sociais foram associadas à diminuição do escore de estresse percebido: idade ($p<0,001$); viver com companheiro(a) ($p=0,004$); ter filhos ($p=0,001$); praticar alguma religião ($p=0,008$); praticar alguma atividade física regular ($p=0,003$); anos de trabalho ($p<0,001$).

Dentre as variáveis testadas e que se associaram ao aumento do escore de estresse percebido, encontramos que ser homem aumentou em 2,81 pontos o escore de estresse percebido ($p<0,001$); ocupar um cargo classificado como nível técnico quando comparado com os de nível básico (beta=2,45, $p=0,009$); e, mais moderadamente os escores de depressão e de ansiedade (BDI-II beta=0,95, $p<0,001$; BAI beta=0,78, $p<0,001$). A prática de meditação sugere direção em prol de proteção contra o estresse percebido, mas seu efeito não alcançou o critério de significância (beta=-1,49, $p=0,055$).

Dentre as variáveis que isoladamente se associaram ao escore do estresse percebido, apenas cinco delas permaneceram preditoras no modelo ajustado: idade ($p<0,001$), ser do sexo masculino ($p<0,001$), ocupar um cargo de nível técnico quando comparado ao de nível básico ($p=0,013$) e os escores de depressão ($p<0,001$) e ansiedade ($p<0,001$). No modelo ajustado, ocupar um cargo de nível superior também alcançou significância, predizendo aumento de estresse percebido quando comparado com o nível básico (beta=1,73, $p=0,028$).

Tabela 2 - Modelo de regressão linear múltipla para preditores de estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública (n=929)

	Não ajustado		**Ajustado**	
	Beta (IC 95%)	**P**	**Beta (IC 95%)**	**P**
Idade em anos [média (DP)]	-0,23 (-0,28; -0,17)	**<0,001**	-0,14 (-0,20; -0,07)	**<0,001**
Homens [n (%)]	2,81 (1,59; 4,02)	**<0,001**	0,88 (-0,003; 1,76)	**<0,001**
Viver com companheiro [n (%)]	-1,96(-3,30; -0,61)	**0,004**	-0,89 (-1,89; 0,11)	0,080
Ter filhos [n (%)]	-2,20 (-3,49; -0,91)	**0,001**	0,70 (-0,33; 1,73)	0,185
Uso de Tabaco [n (%)]	1,46 (-0,75; 3,67)	0,194	-0,46 (-1,97; 1,05)	0,548
Uso de Álcool [n (%)]	-0,82 (-2,05; 0,41)	0,190	0,08 (-0,78; 0,94)	0,854
Praticar religião [n (%)]	-1,66 (-2,88; -0,44)	**0,008**	-0,42 (-1,27; 0,43)	0,332
Praticar exercício físico [n (%)]	-1,84 (-3,07; -0,61)	**0,003**	-0,43 (-1,27; 0,42)	0,324
Praticar meditação [n (%)]	-1,49 (-3,00; 0,03)	0,055	-0,80 (-1,84; 0,23)	0,127
Tempo de trabalho, anos [média (DP)]	-0,18 (-0,24; -0,13)	**<0,001**	-0,03 (-0,09; 0,03)	0,369
Nível de trabalho [n (%)][1]				
Básico (ref)	-	-	-	-
Técnico	2,45 (0,63; 4,28)	**0,009**	1,60 (0,33; 2,86)	**0,013**
Superior	-0,11 (-0,30; 4,20)	0,089	1,73 (0,19; 3,28)	**0,028**
BDI-II [média (DP)]	0,95 (0,89; 1,01)	**<0,001**	0,68 (0,60; 0,77)	**<0,001**
BAI [média (DP)]	0,78 (0,72; 0,85)	**<0,001**	0,31 (0,24; 0,39)	**<0,001**

Critério de *alpha*=0,05. PSS14: Escala de Estresse Percebido; IC: intervalo de confiança; DP: desvio padrão; ref: referência; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. [1] *Missing*: 2.

Fonte: produção da própria autora

O modelo ajustado explicou 57,9% da variação dos dados da Escala de Estresse Percebido (PSS14).

4.2 Resultados da segunda etapa do estudo - ensaio clínico

4.2.1 Fluxo dos participantes

O fluxo dos participantes na segunda etapa do estudo está representado na Figura 3. Oitenta sujeitos foram randomizados, sendo 40 alocados no GE e 40 no GC.

Dos 40 sujeitos randomizados para o GE, quatro recusaram-se a participar dessa etapa do estudo, pois, apesar de serem oferecidos horários alternativos, informaram

incompatibilidade de horário com outras atividades pessoais pré-existentes, como faculdade e horário para buscar os filhos.

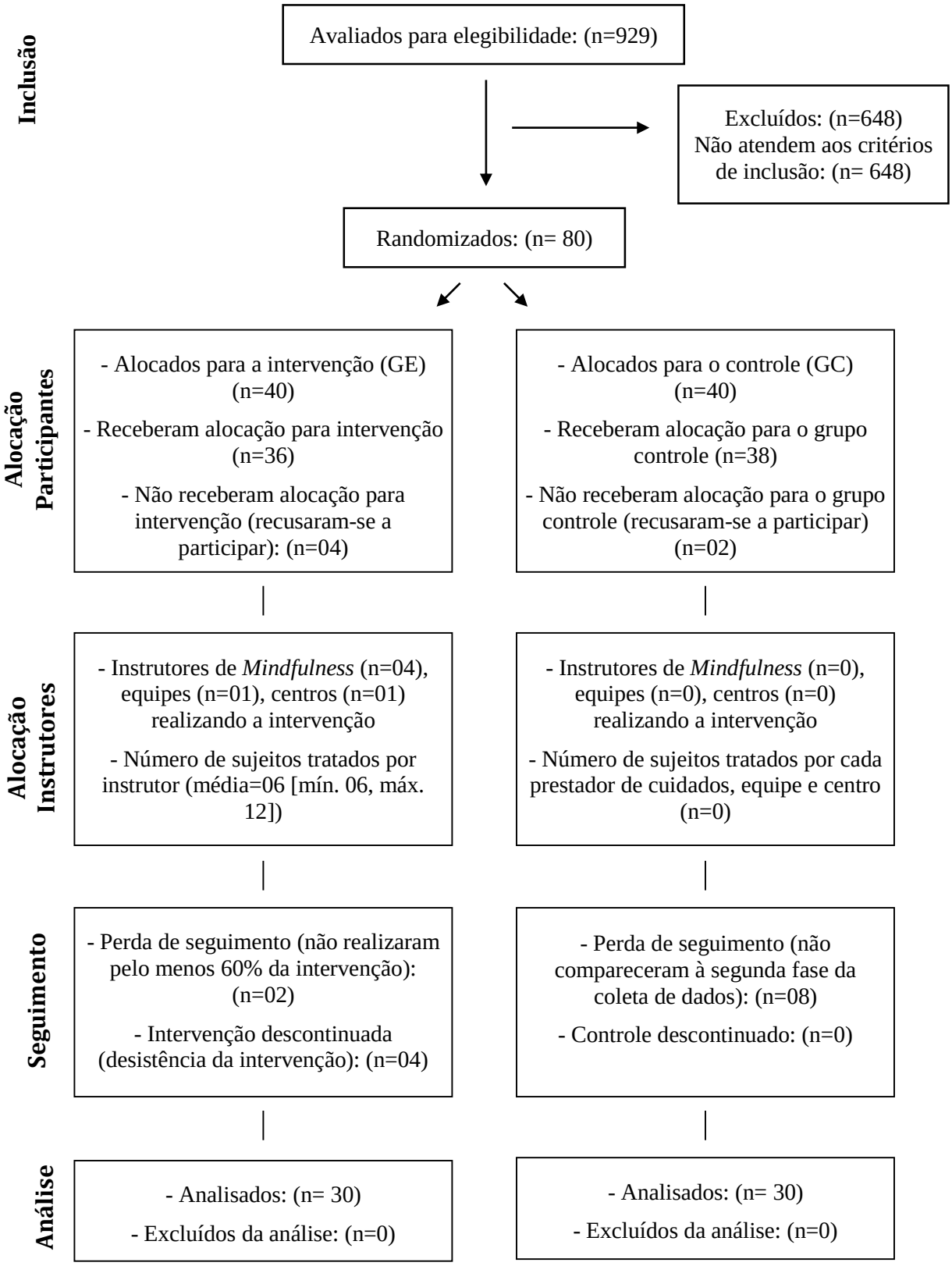
Houve seis perdas ao total no GE; dessas, quatro participantes foram apenas no primeiro dia de intervenção e desistiram referindo não se identificarem com esse tipo de prática. Outros dois participantes realizaram apenas 50% do programa, justificando as faltas devido a imprevistos, por isso, foram excluídos das análises. Ao final, trinta voluntários do GE completaram a intervenção, realizando ao menos 60% das sessões contidas no Programa *Mindfulness*.

A média de participação dos sujeitos na intervenção foi de 90%, o que corresponde à oito, das nove sessões contidas no programa. Dos 30 sujeitos pertencentes ao GE, inclusos nas análises, 14 (46,7%) realizaram 100% das atividades, comparecendo às nove sessões.

No GC, dois participantes se recusaram a participar da segunda etapa do estudo, alegando perda de interesse e conflito de horários para a coleta. Outros oito participantes realizaram apenas a primeira fase da coleta de dados (T0) e não compareceram à segunda fase (T1), sendo excluídos das análises.

Dessa forma, 60 indivíduos (30 do GE e 30 do GC) completaram as duas fases do estudo e foram considerados para a análise estatística.

Figura 3 - Diagrama de fluxo dos participantes na segunda etapa do estudo



Fonte: Diagrama de fluxo CONSORT modificado para ensaios controlados randomizados individuais de tratamentos não farmacológicos (BOUTRON et al., 2017).

4.2.2 Caracterização da amostra da segunda etapa do estudo

Na Tabela 3, estão apresentadas as características sociodemográficas e condições de trabalho e saúde das amostras controle e experimental (GC e GE) da segunda etapa do estudo.

Os sessenta sujeitos avaliados na amostra final da segunda etapa não diferiram em qualquer das variáveis registradas quando da entrada no estudo (T0), tanto as de descrição social como as de condições de trabalho e hábitos de saúde.

A amostra foi composta por 60 voluntários com idade média de 40,37 anos (DP=8,88), 60% eram mulheres e 40% homens. Nos dois grupos, a maioria relatou viver com companheiro (a) (controle 70,0% e experimental 66,7%).

Os dois grupos estavam distribuídos igualmente quanto ao nível educacional (ao menos com ensino médio) e quanto à classe de seu cargo de trabalho (maioria ocupando cargos tidos como nível técnico, controle 53,3% e experimental 76,7%).

Nos dois grupos, ainda, havia pessoas que declararam algum tipo de crença religiosa (controle 63,3% e experimental 70,0%), mesmo que nem todos realizassem as práticas dessas mesmas crenças.

Metade dos dois grupos referiram praticar algum tipo de atividade física regularmente (50,0%). Em geral, poucos consumiam tabaco (controle 10,0%, experimental 3,3%), mas uma porcentagem considerável consumia alguma bebida alcóolica também de forma regular (ao menos duas vezes por semana) (controle 53,3%, experimental 33,3%).

Tabela 3 - Características sociodemográficas e de condições de trabalho e saúde das amostras controle e experimental em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Características	GC (n=30)	GE (n=30)	Estatística
Idade, anos [média (DP)]	40,37 (8,88)	40,80 (8,88)	Z=0,170, p=0,865
Homens [n (%)]	12 (40)	12 (40)	Fisher p=1,000
Vive com companheiro [n (%)]	21 (70,0)	20 (66,7)	Fisher p=1,000
Possui filhos [n (%)]	16 (53,3)	18 (60,0)	Fisher p=0,795
Nível educacional [n (%)]			χ^2=1,80, gl=2, p=0,406
Ensino médio	6 (20,0)	7 (23,3)	
Graduação	15 (50,0)	10 (33,3)	
Pós-Graduação	9 (30,9)	13 (43,3)	
Nível de trabalho [n (%)]			Fisher p=0,079
Básico	6 (20,0)	1 (3,3)	
Técnico	16 (53,3)	23 (76,7)	
Superior	8 (26,7)	6 (20,0)	
Trabalho semanal, horas [média (DP)]	39,00 (3,05)	39,87 (0,73)	Z=1,08, p=0,281
Tempo de trabalho, anos [média (DP)]	12,53 (8,35)	12,33 (6,94)	Z=0,47, p=0,639
Possui outro trabalho [n (%)]	4 (13,3)	1 (3,3)	Fisher p=0,353
Possui religião [n (%)]	19 (63,3)	21 (70,0)	Fisher p=0,785
Pratica religião [n (%)]1	8 (47,1)	12 (57,1)	Fisher p=0,745
Pratica exercício físico [n (%)]	15 (50,0)	15 (50,0)	Fisher p=1,000
Uso de tabaco [n (%)]	3(10,0)	1 (3,3)	Fisher p=0,612
Uso de álcool [n (%)]	16 (53,3)	10 (33,3)	Fisher p=0,192

Critério de *alpha*=0,05; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; gl: grau de liberdade; DP: desvio padrão; Z: teste de Mann-Whitney; Fisher: teste Exato de Fisher; c2: teste de Qui-quadrado de Pearson; 1 *Missing* 2 voluntários.

Fonte: produção da própria autora

4.2.3 Avaliação dos desfechos

Os desfechos avaliados antes da intervenção em T0 (basal) e após oito semanas em T1 foram: estresse percebido, depressão, ansiedade, *burnout* e atenção plena. Os resultados estão apresentados considerando-se cada desfecho, e também nas figuras 4 e 5.

4.2.3.1 Estresse percebido

Os dois grupos não diferiram no escore de estresse percebido quando da entrada no estudo, comparação em T0 com p=0,847. Após as oito semanas (T1), observou-se significativa redução no escore de estresse percebido apenas no GE, o qual recebeu a intervenção do Programa *Mindfulness*, quando comparado com o GC que não recebeu a intervenção (média GC=29,60, DP=4,78 vs. média GE=22,47, DP=7,26; p<0,001) (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de estresse percebido em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Estresse percebido	**GC (n=30)**	**GE (n=30)**	**Teste de Mann-Whitney**
T0 média (DP)	30,73 (6,11)	30,77 (8,18)	Z=0,19; p=0,847
T1 média (DP)	29,60 (4,78)	22,47 (7,26)	Z=3,78; **p<0,001**

Critério de *alpha*=0,005; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão

Fonte: produção da própria autora

4.2.3.2 Depressão

Os grupos não diferiram no escore de depressão quando da entrada no estudo, comparação em T0 com p=0,276. Observou-se redução significativa do nível de depressão apenas no GE o qual recebeu a intervenção do Programa *Mindfulness*, quando comparado com GC (média GC=11,77, DP=6,50 vs. média GE=6,73, DP=6,63; p<0,001) (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de depressão em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Depressão de Beck	**GC (n=30)**	**GE (n=30)**	**Teste de Mann-Whitney**
T0 média (DP)	11,97 (7,53)	11,37 (9,16)	Z=1,09; p=0,276
T1 média (DP)	11,77 (6,50)	6,73 (6,63)	Z=4,42; **p<0,001**

Critério de *alpha*=0,05; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão

Fonte: produção da própria autora

4.2.3.3 Ansiedade

Os grupos não diferiram no escore de ansiedade quando da entrada no estudo, comparação em T0 com p=0,428. Houve redução significativa do nível de ansiedade apenas GE o qual recebeu a intervenção do Programa *Mindfulness*, quando comparado com o GC (média GC=15,13, DP=6,35 vs. média GE=6,87, DP=5,49; p=0,003) (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de ansiedade em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Ansiedade de Beck	GC (n=30)	**GE (n=30)**	**Teste de Mann-Whitney**
T0 média (DP)	14,67 (7,29)	13,27 (6,65)	Z=0,79; p=0,428
T1 média (DP)	15,13 (6,35)	6,87 (5,49)	Z=2,98; **p=0,003**

Critério de *alpha*=0,05; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão

Fonte: produção da própria autora

4.2.3.4 Burnout

Os grupos não diferiram nas dimensões da escala de *burnout* e no seu escore total na entrada no estudo, comparações em T0 com valores de $p \geq 0,05$. E, diferentemente do esperado, após a intervenção não houve mudança significativa em nenhum dos escores das dimensões e do escore total da escala MBI-GS no GE quando comparado ao GC: Exaustão Emocional: (média GC=17,70, DP=8,58 vs. média GE=13,10, DP=8,70; p=0,083); Cinismo: (média GC=7,20, DP=7,17 vs. média GE=7,87, DP=7,55; p=0,736); Eficácia no Trabalho: (média GC=26,66, DP=7,39 vs. média GE=27,77, DP=6,83; p=0,486); Escore total: (média GC=51,34, DP=13,05 vs. média GE=47,63, DP=12,17; p=0,314). (Tabela 7).

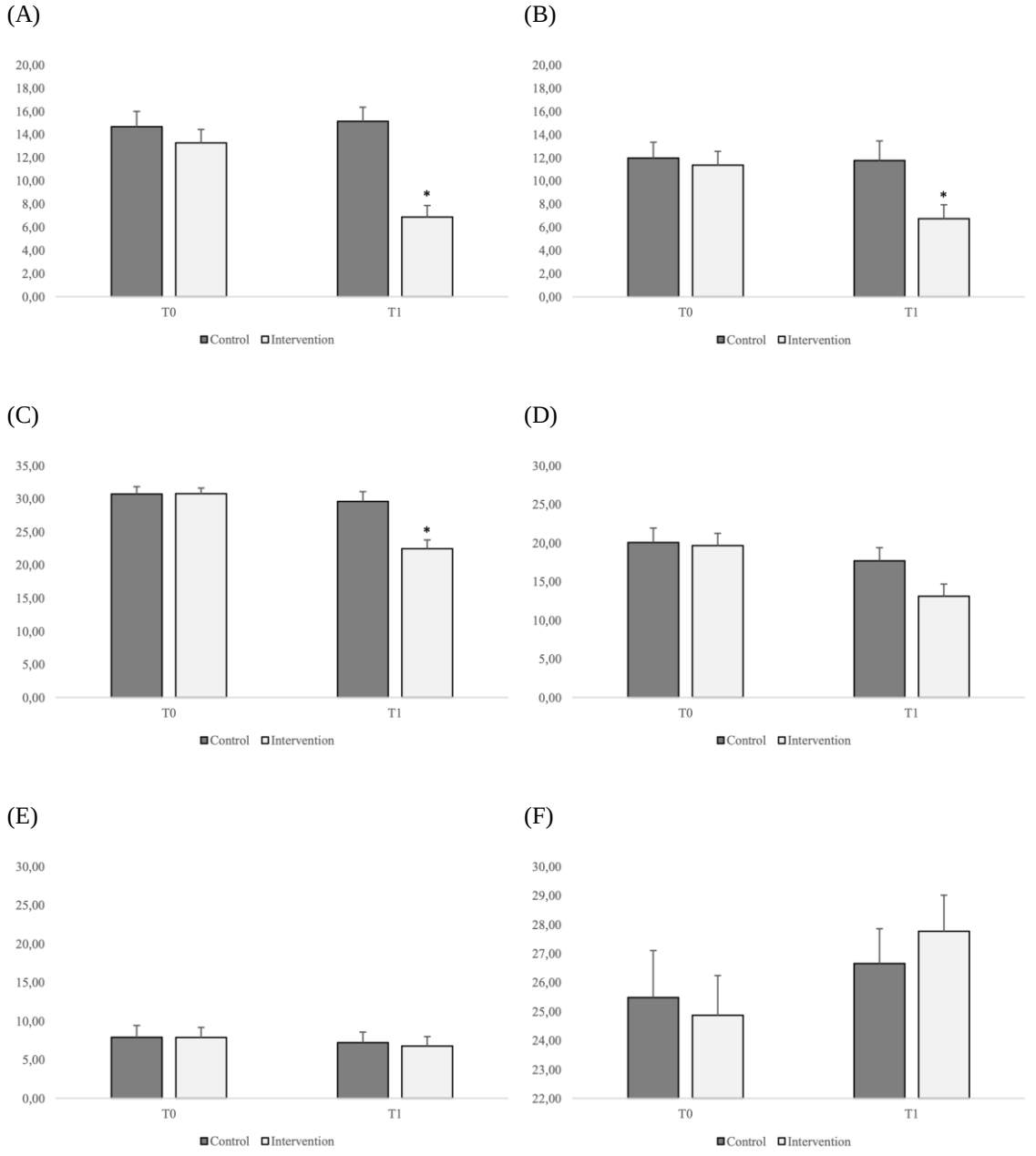
Tabela 7 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de *burnout* em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Burnout	**Tempo**	**GC (n=30)**	**GE (n=30)**	**Teste de Mann-Whitney**
Exaustão Emocional (EE) média (DP)	T0	19,67 (9,23)	20,07 (10,29)	Z=0,02; p=0,988
	T1	17,70 (8,58)	13,10 (8,70)	Z=1,73; p=0,083
Cinismo (CI) média (DP)	T0	7,90 (8,27)	7,87 (7,55)	Z=0,22; p=0,823
	T1	7,20 (7,17)	6,77 (6,72)	Z=0,34; p=0,736
Eficácia no Trabalho (ET) média (DP)	T0	25,48 (8,72)	24,97 (6,58)	Z=0,99; p=0,323
	T1	26,66 (7,39)1	27,77 (6,83)	Z=0,70; p=0,486
Total média (DP)	T0	52,45 (14,23)1	52,50 (13,71)	Z=0,05; p=0,964
	T1	51,34 (13,05)	47,63 (12,17)	Z=1,00; p=0,314

Critério de *alpha*=0,05; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão; *Missing*: 1 1 voluntário

Fonte: produção da própria autora

Figura 4 - Média e erro padrão dos escores das escalas de depressão (BDI-II), ansiedade (BAI), estresse percebido (PSS14) e *burnout* (MBI-GS)



Critério de alpha<0,05; (A) BDI-II: Z=4,42, p<0,001; (B) BAI: Z=2,98, p=0,003; (C) PSS14: t=4,49, p<0,001; (D) EE: Z=1,73, p=0,083; (E) CI: Z=0,34, p=0.736; (F) ET: Z=0,70, p=0,486.

Fonte: produção da própria autora

4.2.3.5 Atenção plena

Os dois grupos não diferiram no escores das sete facetas e no escore total de atenção plena do instrumento FFMQ-BR quando da entrada no estudo, comparações em T0 com valores de $p \geq 0,05$.

Após a intervenção do Programa *Mindfulness*, o GE apresentou escores médios maiores do que o GC para a Faceta 3-Observar (média GC=28,35, DP=5,68 vs. média GE=23,86, DP=7,06; p=0,010) e Faceta 6-Não reagir à experiência interna (média GC=18,30, DP=4,72 vs. média GE=22,21, DP=4,28; p=0,002), bem como o escore total do FFMQ-BR (média GC=117,00, DP=18,88 vs. média GE=131,15, DP=19,27; p=0,012) (Tabela 8).

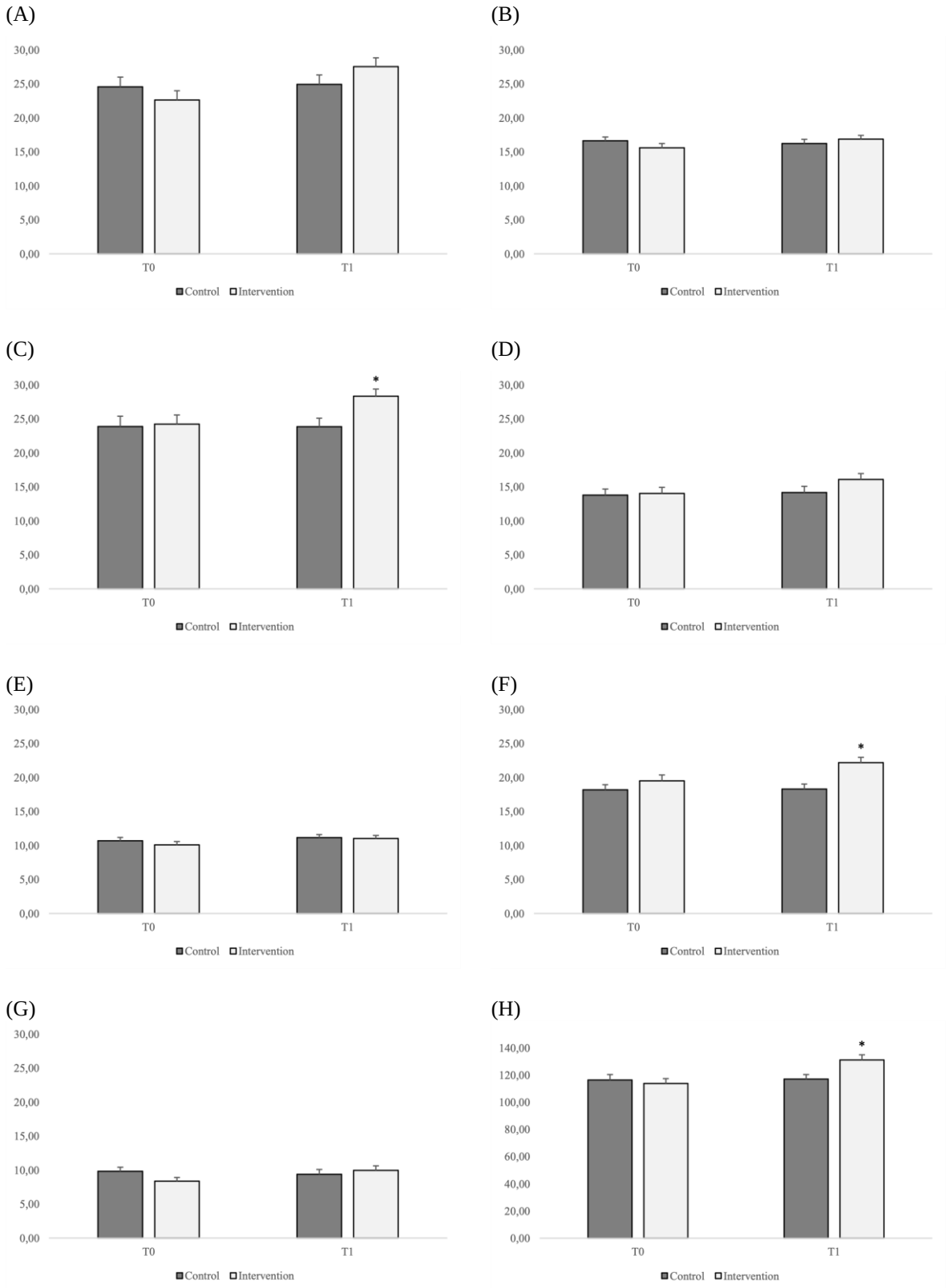
Tabela 8 - Comparação entre T0 e T1 nos grupos controle e experimental no nível de atenção plena em ensaio clínico de intervenção com Programa *Mindfulness* (n=60)

Atenção plena	Tempo	GC (n=30)	GE (n=30)	Teste de Mann-Whitney
Faceta 1 - Não julgar a experiência interna - média (DP)	T0	24,57 (7,85)	22,63 (7,54)	Z=0,97; p=0,332
	T1	24,93 (7,46)	27,53 (7,14)	Z=1,23; p=0,219
Faceta 2 - Agir com consciência - piloto automático - média (DP)	T0	16,39 (2,97)	15,56 (3,50)	Z=1.16, p=0,245
	T1	16,00 (3,42)	16,70 (3,05)	Z=0,83, p=0,409
Faceta 3 - Observar - média (DP)	T0	23,89 (8,01)[1]	24,24 (6,75)[2]	Z=0,07; p=0,946
	T1	23,86 (7,06)[1]	28,35 (5,68)[2]	Z=2,57; **p=0,010**
Faceta 4 - Descrever - formulação positiva - média (DP)	T0	13,80 (4,85)	14,10 (5,07)	Z=0,16; p=0,876
	T1	14,17 (4,89)	16,10 (4,72)	Z=1,75; p=0,080
Faceta 5 - Descrever - formulação negativa - média (DP)	T0	10,70 (2,63)	10,10 (2,44)	Z=0,78; p=0,438
	T1	11,17 (2,57)	11,03 (2,40)	Z=3,03; p=0,759
Faceta 6 - Não reagir à experiência interna - média (DP)	T0	18,20 (4,12)	19,52(4,01)[2]	Z=1,11; p=0,263
	T1	18,30 (4,72)	22,21 (4,28)[2]	Z=3,03; **p=0,002**
Faceta 7 - Agir com consciência - distração - média (DP)	T0	9,83 (3,28)	8,38 (3,89)[2]	Z=1,40; p=0,163
	T1	9,37 (2,83)	9,97 (3,58)[2]	Z=1,18; p=0,238
Total média (DP)	T0	116,39 (21,31)[2]	113,82 (17,65)[3]	Z=0.70; p=0,484
	T1	117,00 (18,88)[2]	131,15 (19,27)[3]	Z=2,52; **p=0,012**

Critério de *alpha*=0,05; GC: grupo controle; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão; *Missing*: 1 2, 2 1 e 3 3 voluntários

Fonte: produção da própria autora

Figura 5 - Média e erro padrão dos escores das facetas (1 a 7) e total de atenção plena (FFMQ-BR)



Critério de alpha<0,05; (A) Faceta 1: t=1,38, p=0,173; (B) Faceta 2: Z=0,83, p=0,409; (C) Faceta 3: Z=2,57, p=0,010; (D) Faceta 4: Z=1,75, p=0,080; (E) Faceta 5: Z=0,31, p=0,759; (F) Faceta 6: t=3,38, p=0,001; (G) Faceta 7: Z=1,18, p=0,238; (H) FFMQ-BR total: t=2,98, p=0,004.

Fonte: produção da própria autora

5 DISCUSSÃO

O presente estudo contou com duas etapas distintas. A primeira tratou-se de um estudo exploratório analítico, de corte transversal. A segunda constou de um estudo experimental do tipo ensaio clínico randomizado, onde foi testado o efeito de uma intervenção sobre os desfechos investigados.

5.1 Primeira etapa: perfil e preditores do estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos

Em sua primeira etapa, o presente estudo produziu resultados sobre a caracterização sociodemográfica, condições de trabalho e de saúde, e identificou quais variáveis preditoras estavam associadas ao estresse percebido em uma amostra de trabalhadores da categoria técnico-administrativa de um *campus* de uma universidade pública.

5.1.1 Perfil dos trabalhadores técnico-administrativos

Em sua primeira etapa, o presente estudo buscou compreender preliminarmente quais as principais características da amostra e obter noções da variedade dos elementos existentes no perfil investigado. Estudos exploratórios são importantes para identificar particularidades, padrões e/ou fatores associados a doenças ou condições relacionadas à saúde em distintas populações, em especial tratando-se de trabalhadores, dadas as diversas características e modo de atuação particular de cada instituição (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Quanto às características sociodemográficas da amostra do presente estudo, a idade média dos participantes foi de 46,15 anos (DP=10,57). Em um estudo realizado previamente com trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública, foi encontrada uma média de idade semelhante, de 43,1 anos (GAVIN et al., 2017). Estudo conduzido por Areias e Guimarães (2004) também com trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública identificou que 76% da amostra encontrava-se na faixa etária entre 30 e 49 anos.

Em relação ao sexo, identificou-se no presente estudo que a maior parcela da amostra era composta por mulheres (52,42%), porém não houve diferença na distribuição quanto ao sexo (p=0,140). Essa característica se assemelha aos dados encontrados por Gavin et al. (2017), nos quais 54,9% da amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública era do sexo feminino. As mulheres vêm incorporando maiores espaços no mercado de

trabalho, que antes constava de funções exercidas essencialmente por homens (PROBST, 2004).

Em sua maioria, os participantes do presente estudo encontravam-se em um relacionamento estável, e relataram viver com companheiro (a) (71,04%, p<0,001), uma porcentagem maior quando comparada aos estudos conduzidos por Gavin et al. (2017) e Areias e Guimarães (2004) em amostras semelhantes, nos quais, respectivamente, 49% e 66,4% dos participantes encontravam-se em relacionamentos estáveis.

Também no presente estudo, a maior parcela dos participantes descreveu ter filhos (66,20%, p<0,001) e ainda ser responsável pela criação dos mesmos (82,52%, p<0,001). Em estudo realizado por Gavin et al. (2017), 69% da amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública tinha filhos.

Em geral, a amostra do presente estudo apresenta diferentes níveis de escolaridade (p<0,001), sendo 2,80% com ensino fundamental, 23,80% com ensino médio, 44,80% com ensino superior e 28,60% com pós-graduação. Esses dados se aproximam aos encontrados anteriormente por Gavin et al. (2017), segundo os quais mais da metade da amostra de trabalhadores técnico-administrativos (50,27%) tinha ensino superior completo, e somente 10,16% tinham apenas ensino fundamental completo ou incompleto.

Outros estudos conduzidos com populações semelhantes por Brito (2007) e Areias e Guimarães (2004) identificaram que, respectivamente, 45% e 36% da amostra possuía ensino superior completo.

O *campus* universitário investigado no presente estudo contava com um total de 1.704 trabalhadores técnico-administrativos no momento da coleta de dados. Desse total, 27,5% dos trabalhadores correspondiam ao nível básico, 51,8% ao nível técnico e 20,6% ao nível superior. A maior classe dos trabalhadores que participou da coleta de dados dessa etapa do presente estudo era de nível técnico (70,18%; p<0,001).

Quanto à análise de correspondência entre escolaridade e cargo ocupado na instituição, 65,12% da amostra do presente estudo ocupava postos abaixo de seus níveis educacionais; 33,69% postos compatíveis e 1,19% postos acima de seus níveis educacionais (p<0,001). A realização de especializações e o aumento do nível de estudo possibilita o aprimoramento e o melhor desempenho profissional (NG; FELDMAN, 2009), porém, o conhecimento quando não compatível com as atividades do profissional pode resultar em desmotivação, aumento dos níveis do estresse, baixa produtividade e conflitos no ambiente de trabalho (FREITAS; SOUZA; QUINTELLA, 2013).

Quanto ao tempo de trabalho, o tempo médio de contratação dos participantes no presente estudo era de 18,54 anos (DP=1,08). No estudo de Gavin et al. (2017), a média de tempo de vínculo dos trabalhadores investigados em uma universidade pública era de 13,5 anos.

Sobre práticas e condições de saúde, 55,87% dos sujeitos investigados no presente estudo praticavam alguma modalidade de atividade física (p<0,001). Esse achado assemelha-se ao de outros estudos realizados em amostras de trabalhadores, segundo as quais cerca da metade dos entrevistados não realizava atividade física (BARROS; NAHAS, 2001; NASCIMENTO; MENDES, 2002).

Não foi observado no presente estudo diferença na distribuição entre os trabalhadores com (50,27%) e sem prática religiosa (p=0,870), diferindo dos dados encontrados por Gavin et al. (2017), em que 93,6% da amostra de trabalhadores técnico-administrativos declarou ter alguma religião e praticá-la.

Uma porcentagem de 20,58% (p<0,001) de participantes do presente estudo descreveu praticar regularmente algum tipo de meditação. Embora a meditação já seja comumente praticada nas tradições orientais há pelo menos 2.500 anos, no contexto ocidental essa prática ainda é recente, mas tem sido cada vez mais difundida e incorporada (GHERARDI-DONATO, 2019).

Quanto ao consumo de tabaco e bebida alcóolica, 8,40% dos participantes do presente estudo declararam fumar, e 48,76% descreveram uso regular de bebida alcóolica (ao menos duas vezes na semana). Quanto a este último, ainda que seja uma porcentagem considerável, não foi diferente da porcentagem daqueles sem consumo de álcool (p=0,450). Esse estudo não aplicou instrumentos específicos para avaliar o uso dessas substâncias. O estudo conduzido por Gavin et al. (2017) avaliou o uso problemático de álcool por meio da aplicação de um teste que rastreia seu uso inadequado, o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), e evidenciou o uso problemático da substância em 13,2% da amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública. Os autores ainda identificaram que 6,6% dos sujeitos investigados relataram problemas decorrentes do uso de álcool.

A resposta afirmativa para uso de alguma medicação psicotrópica correspondeu a 14,53% (p<0,001) da amostra do presente estudo. Observa-se um fenômeno do aumento do uso desse tipo de medicação na contemporaneidade. A adoção de terapias alternativas não medicamentosas para sujeitos que apresentem transtornos de depressão, ansiedade e insônia deve ser mais discutida e ofertada, considerando que o uso constante e indiscriminado desses fármacos pode causar dependência física e química, além de provocar efeitos colaterais (FARIAS et al., 2016).

Os escores médios de depressão e ansiedade pontuados na amostra do presente estudo foram de 9,02 (DP=7,12) e 7,41 (DP=7,52), respectivamente. Um estudo conduzido em uma amostra de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública identificou a associação entre sintomas de ansiedade e depressão, sendo que a chance de desenvolver ansiedade era cerca de 4,40 vezes maior naqueles sujeitos que apresentavam depressão (GAVIN et al., 2017).

Quanto ao estresse percebido, no presente estudo, o escore médio pontuado pela amostra de trabalhadores investigada por meio da escala PSS14 foi de 22,71 pontos (DP=9,52). Esse valor assemelha-se aos encontrados em outros estudos realizados em contexto nacional com trabalhadores. Viana et al. (2010), em seu estudo com bancários, identificaram uma média de 23,15 pontos (DP=6,15) na escala, e Oliveira et al. (2017) encontraram uma pontuação média de 23,9 pontos (DP=12,7) em estudo conduzido em uma amostra de cuidadores de idosos.

5.1.2 Preditores do estresse percebido em trabalhadores técnico-administrativos

A partir da investigação das principais características da amostra na primeira etapa do estudo, pôde-se identificar quais os preditores sociais, laborais e psicológicos associados ao aumento e à diminuição do estresse percebido nos trabalhadores técnico-administrativos, por meio de regressão linear múltipla em modelo ajustado e não ajustado.

O estresse caracteriza-se como uma doença silenciosa que permite que os sujeitos continuem trabalhando mesmo em níveis prejudiciais, e, na maioria dos casos, o trabalhador só é afastado ou procura ajuda quando adoece e manifesta os sintomas do estresse crônico em condições clínicas. O primeiro passo para encontrar soluções efetivas para lidar com o manejo do estresse em ambientes laborais é entender o perfil populacional (LEKA; JAIN, 2010; BOAS; MORIN, 2017).

No presente estudo, optou-se por avaliar a percepção do estresse nos trabalhadores por meio da escala PSS14. Essa escala foi desenvolvida originalmente por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), e consiste em perguntas destinadas a fornecer informações sobre o quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os entrevistados avaliam suas vidas. Esses fatores são considerados como componentes centrais na experiência do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os autores da escala PSS14 não recomendam o enquadramento dos valores obtidos em categorias como baixo médio e alto, alegando que perde-se a precisão nas análises estatísticas, e também não são sugeridos pontos de corte (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

Seguindo as recomendações dos autores, o presente estudo avaliou o estresse percebido como uma variável contínua.

Observou-se que, isoladamente, as seguintes variáveis sociais foram associadas à diminuição do escore de estresse: idade (p<0,001); viver com companheiro, (p=0,004); ter filhos (p=0,001); praticar alguma religião (p=0,008); praticar alguma atividade física regular (p=0,003); anos de trabalho (p<0,001).

Dentre as variáveis testadas e que se associaram ao aumento do escore de estresse percebido, encontrou-se que ser homem aumentou em 2,81 pontos o escore de estresse percebido (p<0,001); ocupar um cargo classificado como nível técnico quando comparado com os de nível básico (beta=2,45; p=0,009); e, mais moderadamente, os escores de depressão e de ansiedade (BDI-II beta=0,95; p<0.001; BAI beta=0,78; p<0,001). A prática de meditação sugere direção em prol de proteção contra o estresse percebido, mas seu efeito não alcançou o critério de significância (beta= -1,49, p=0,055).

Dentre as que isoladamente se associaram ao escore de estresse percebido, apenas cinco delas permaneceram preditoras no modelo ajustado – idade (p<0,001), ser do sexo masculino (p<0,001), ocupar um cargo de nível técnico quando comparado com o nível básico (p=0,013) e os escores de depressão (p<0,001) e ansiedade (p<0,001). No modelo ajustado, ocupar um cargo de nível superior também alcançou significância, predizendo aumento do estresse percebido quando comparado como o nível básico (beta=1,73; p=0,028).

O modelo ajustado explicou 57,9% da variação dos dados da escala de estresse percebido.

O presente estudo identificou que ser do sexo masculino está associado com uma maior percepção do estresse, tanto na análise ajustada quanto na não ajustada (p<0,001). Homens e mulheres tendem a reagir de maneiras diferentes ao estresse, tanto psicologicamente quanto fisiologicamente. Os fundamentos neurobiológicos dessa distinção vêm sendo explorados, e também deve-se explorar quais são os determinantes da influência ambiental e social na reação ao estresse (VERMA; BALHARA; GUPTA, 2011).

Em estudo desenvolvido por Reschke-Hernández et al. (2017), homens e mulheres foram submetidos a duas medidas para mensuração do estresse, sendo uma psicológica (estresse percebido) e outra fisiológica (cortisol sérico). Como resultado, encontrou-se que ambos apresentaram níveis similarmente altos de estresse percebido, no entanto, demonstraram diferentes níveis de estresse fisiológico, sendo que os homens mostraram uma resposta mais robusta e as mulheres apresentaram uma resposta menor. Os dados encontrados no presente estudo demonstram a importância da investigação do estresse percebido entre homens e

mulheres como uma medida a ser considerada em planos de ação que visem à prevenção e diminuição de patologias relacionadas ao estresse crônico.

Também foi identificado no presente estudo que as variáveis viver com um companheiro(a) (p=0,004) e ter filhos (p=0,001) estavam associadas à diminuição do estresse percebido entre os trabalhadores. A família pode constituir um fator de aumento da resiliência, porém devem ser consideradas as controvérsias ideológicas do conceito de família e realizadas investigações cautelosas para a aplicação do termo (YUNES, 2003)

Um estudo conduzido por Souza, Branco e Reichert (2007), com famílias nas quais ambos os parceiros exerciam funções laborais, demonstrou que a divisão das tarefas de modo complementar pode resultar em uma melhor funcionalidade das relações familiares, e consolida a ideia de que o trabalho pode, além de promover retorno financeiro, oportunizar o reconhecimento e a valorização pessoal, revelando-se como uma fonte de crescimento que reduz as chances de reações prejudiciais ao estresse.

Quanto à relação entre idade e estresse percebido, o presente estudo identificou que quanto menor a idade dos trabalhadores, maior a percepção do estresse percebido (em modelo ajustado p<0,001). Em estudo conduzido por Siu et al. (2001) com gestores de empresas, o aumento da idade nos trabalhadores investigados foi positivamente relacionada com o aumento do bem-estar, satisfação no trabalho, melhor enfrentamento ao estresse e maior autocontrole.

Pessoas com idades mais avançadas tendem a avaliar seus problemas como menos estressantes, pois consideram-se menos responsáveis por eles. Eles aprendem a distinguir os estressores “controláveis” dos “incontroláveis”, o que contribui para a melhora da sua saúde mental (FONTES; NERI; YASSUDA, 2010).

Os resultados obtidos no presente estudo também demonstraram que quanto menor o tempo de trabalho na instituição, maior é a percepção do estresse percebido pelos trabalhadores (modelo não ajustado p<0,001). Este dado é semelhante aos resultados encontrados por Herrera et al. (2017) e Wiesner, Windle e Freeman (2005), que apontaram altos índices de percepção de estresse em jovens adultos ao iniciarem suas atividades laborais. Novos ambientes e condições de trabalho não familiares podem levar a uma percepção elevada do estresse entre os iniciantes no trabalho, o que pode ocorrer devido à pouca experiência ou pelo desafio em estabelecer novos vínculos (LOURENÇO et al., 2015).

Fontes, Neri e Yassuda (2010) realizaram uma investigação com trabalhadores em serviços de redes elétricas e verificaram que quanto maior o tempo de trabalho e a idade dos sujeitos, maior era a capacidade de controlar os estressores, demonstrando que a experiência de trabalho estava positivamente correlacionada com a autoeficácia.

O nível do trabalho dos sujeitos investigados no presente estudo também associou-se com a maior percepção do estresse: ocupar um cargo classificado como nível técnico quando comparado com o de nível básico (beta=2,45; p=0,009), e ocupar um cargo de nível superior quando comparado com o de nível básico (beta=1,73; p=0,028).

Essa relação entre os níveis de trabalho e o aumento do estresse percebido pode estar associado às demandas e exigências das funções exercidas pelos sujeitos. Robert Karasek propôs nos anos 70 um modelo teórico para avaliar os efeitos do estresse na vida dos trabalhadores, o *Job Strain Model* (JSM). Esse modelo relaciona duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho: demanda psicológica e controle (KARASEK; THEORELL, 1990).

Os trabalhadores de nível técnico investigados no presente estudo (como técnicos de laboratório, técnicos de funções administrativas etc.) estão expostos a um trabalho considerado de alta demanda, e submetidos a situações repetitivas de alta tensão e baixo controle sobre os eventos, o que pode desencadear uma resposta de tensão no organismo. Quando este processo torna-se repetitivo, pode gerar respostas intensificadas que provocam um acúmulo de tensões que podem resultar em estresse crônico (KARASEK; THEORELL, 1990; GHERARDI-DONATO, 2013).

Os cargos de nível superior dos sujeitos investigados no presente estudo geralmente estão associados a postos de liderança nos setores de trabalho. Esses cargos apresentam maiores exigências em termos de demandas psicológicas e de responsabilidades, quando comparados aos de nível básico. De acordo com o JSM, a alta demanda psicológica no ambiente de trabalho aumenta a exposição do trabalhador ao estresse ocupacional, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao estresse crônico (KARASEK; THEORELL, 1990; GHERARDI-DONATO, 2013).

Um estudo multicêntrico realizado com trabalhadores públicos de seis instituições de ensino superior do Brasil identificou que trabalhos de alta exigência, com elevada demanda e baixo controle, foram associados a consequências físicas negativas aos indivíduos, incluindo maior propensão à enxaqueca (SANTOS et al., 2014).

Quanto às práticas de saúde, foi identificado no presente estudo que praticar alguma atividade física regular estava associado à diminuição do estresse percebido (p=0,003). Programas de gerenciamento de estresse aliados à prática de exercícios físicos podem impactar na melhora de sintomas relacionados ao estresse, com destaque para a diminuição da pressão arterial (STULTS-KOLEHMAINEN; SINHA, 2014). Estudo conduzido por Bezerra, Minayo e Constantino (2013) com mulheres policiais com altos níveis de estresse ocupacional

identificou que a prática de exercício físico foi relatada pelas participantes como uma estratégia utilizada para amenizar ou prevenir consequências do estresse crônico.

A prática de religião também foi associada à diminuição do estresse percebido no presente estudo (p=0,008). A literatura aponta que sujeitos praticantes de alguma religião tendem a apresentar maior bem-estar psicológico, e que a religiosidade pode conferir-se como uma estratégia de enfrentamento a situações estressoras (PANZINI; BANDEIRA, 2007; LEVIN, 2010; SILVEIRA; ENUMO; BATISTA, 2014).

No presente estudo, a prática de meditação parece sugerir um efeito de proteção contra o estresse percebido, porém seu efeito não alcançou o critério de significância (beta=-1,49; p=0,055). Não foram investigadas as características como o tipo e a regularidade das práticas de meditação referidas pelos participantes. A literatura tem demonstrado que a prática de meditação está associada à diminuição do estresse e melhora em diversas condições de saúde (GOYAL et al., 2014; WILLIAMS; SIMMONS; TANABE, 2015; ESPER; GHERARDI-DONATO, 2019).

Os resultados da primeira etapa do estudo ainda indicam uma associação entre a maior percepção do estresse e maiores níveis pontuados para depressão e ansiedade (p<0,001). Os sintomas de depressão e ansiedade têm relação com o estresse crônico, pois a exposição contínua ao estresse afeta o funcionamento de regiões do cérebro como o córtex pré-frontal, hipocampo e amígdala, que são responsáveis pela autorregulação desses sintomas (TRIPATHI et al., 2019).

Fan et al. (2015) analisaram o estresse no ambiente de trabalho e no lar, e suas consequentes repercussões para a saúde mental de trabalhadores. Os autores identificaram que, para os homens, as altas demandas de trabalho, insegurança, estresse no trabalho e no lar foram os principais aspectos correlacionados com maiores sintomas de depressão e ansiedade. Para as mulheres, a insegurança no trabalho e o estresse em casa estavam relacionados com maiores sintomas de depressão e ansiedade.

Ainda neste mesmo estudo, os achados demonstraram que o suporte social que inclui o chefe ou colegas de trabalho foi associado negativamente com a ansiedade dos trabalhadores, evidenciando um possível efeito moderador. Neste sentido, os autores sugerem que o estresse no trabalho e no lar, assim como o suporte social, devem ser varáveis consideradas em conjunto para análises mais sensíveis (FAN et al., 2015).

No presente estudo não foi identificada associação entre o uso de álcool e tabaco com a percepção do estresse. O estudo de Gavin et al. (2017) identificou uma associação positiva entre estresse ocupacional e uso de álcool entre trabalhadores técnico-administrativos de uma

universidade pública. Ressalta-se aqui a diferença entre as medidas do estresse do presente estudo e o de comparação, este mensurou o estresse especificamente relativo ao trabalho e não a percepção do sujeito como na presente investigação. Ainda, deve-se ponderar no presente estudo a avaliação apenas autorreferida do consumo de álcool e tabaco, sem a utilização de instrumentos específicos para as variáveis de consumo.

A literatura aponta que o uso do álcool pode ser utilizado como uma estratégia de "automedicação" para lidar com o estresse (FRONE, 2013; 2016). Dentro da perspectiva causa-efeito, diante da exposição do estresse no trabalho, o álcool desenvolve uma ação mediadora devido aos seus efeitos (estimulantes e sedativos). No entanto, pesquisas recentes discutem a complexidade desta relação e consideram um modelo multidirecional para uma melhor compreensão do problema, que inclua variáveis intervenientes múltiplas, como variáveis moderadoras, gênero e os diferentes padrões de uso de álcool (FRONE, 2016). Pesquisas futuras devem incluir modelos complexos para esta mesma análise e utilizar instrumentos validados para avaliação do uso de álcool e tabaco.

5.2 Segunda etapa: Programa *Mindfulness* em trabalhadores técnico-administrativos

Na segunda etapa do presente estudo, foi realizada uma intervenção de práticas baseadas em *Mindfulness* por oito semanas, intitulada Programa *Mindfulness*, e avaliou-se seu efeito na redução do estresse percebido e melhora de outros parâmetros de saúde mental em uma amostra não clínica de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública.

Os resultados obtidos foram significativos para a maioria dos desfechos investigados, confirmando quatro das cinco hipóteses alternativas do estudo. O grupo experimental apresentou redução dos escores médios nas escalas de estresse percebido, depressão, ansiedade e escore médio maior nas facetas três, seis e total de atenção plena. O mesmo efeito pós-intervenção não foi observado na escala de *burnout* em nenhuma de suas dimensões.

Quanto à caracterização sociodemográfica e de condições de trabalho e saúde, a amostra foi composta por sujeitos com idade média de 40 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino. A maioria estava em relacionamento estável e vivia com companheiro (a) (controle 70,0% e experimental 66,7%), e os dois grupos estavam distribuídos igualmente quanto ao nível educacional (ao menos com ensino médio). Quanto à classe de seu cargo de trabalho, a maioria ocupava cargos tidos como técnicos (controle 53,3% e experimental 76,7%).

Metade dos dois grupos referiram praticar algum tipo de atividade física regularmente (50,0%). Quanto à religião, nos dois grupos havia pessoas que declararam algum tipo de crença

religiosa (controle 63,3% e experimental 70,0%), ainda que nem todos a praticassem (controle 47,1% e experimental 57,1%). Em geral, poucos consomem tabaco (controle 10,0%, experimental 3,3%), mas uma porcentagem considerável consumia alguma bebida alcóolica de forma regular (ao menos duas vezes por semana) (controle 53,3%, e experimental 33,3%).

Os sessenta sujeitos avaliados na amostra final da segunda etapa não diferiram em qualquer das variáveis registradas quando da entrada no estudo (T0), tanto as de descrição social quanto de saúde e laboral.

A caracterização sociodemográfica e de condições de trabalho e saúde da amostra da segunda etapa do estudo não difere estatisticamente dos valores discutidos anteriormente na primeira etapa, e se assemelha a de estudos realizados em contexto nacional com amostras semelhantes de trabalhadores não docentes em universidades (AREIAS; GUIMARÃES, 2004; BRITO, 2007; LOPES, 2011; GAVIN et al., 2017).

Os resultados obtidos pós-intervenção foram discutidos de acordo com os desfechos.

5.2.1 Estresse percebido

A avaliação do estresse percebido (desfecho principal) foi realizada por meio da escala PSS14. O escore médio de pontuação na amostra total, considerando os 60 sujeitos, tanto do GE quanto GC, em T0 foi de 30,75 pontos (DP=7,14).

Esse valor, quando comparado ao de outros estudos realizados em contexto nacional utilizando a mesma versão da escala, é consideravelmente alto. Silva; Keller e Coelho (2013) encontraram uma pontuação média de 30,47 pontos (DP=6,89) em estudo realizado com trabalhadores motoristas de ônibus, e Oliveira et al. (2017) encontraram uma pontuação média de 23,9 pontos (DP=12,7) em estudo feito com trabalhadores cuidadores de idosos.

A intervenção com o Programa *Mindfulness* resultou na melhora do estresse percebido, com redução do escore médio após a intervenção apenas no GE quando comparado com o GC ($p<0,001$). Esse resultado vai de encontro com revisões sistemáticas da literatura que têm evidenciado que as intervenções com práticas baseadas em *Mindfulness* demonstram resultados positivos na diminuição do estresse percebido em populações saudáveis (CHIESA; SERRETTI, 2009; SHARMA; RUSH 2014).

Outros estudos controlados conduzidos em populações não clínicas também identificaram redução do estresse percebido (mensurado pela PSS14) após a realização de intervenções com práticas de *Mindfulness*. Arredondo et al. (2017) conduziram um estudo com trabalhadores administrativos de uma empresa privada e encontraram diminuição significativa

no nível do estresse percebido no grupo de sujeitos que realizou uma intervenção de *Mindfulness* por oito semanas, em relação ao grupo controle que não realizou nenhuma intervenção ($p<0,05$). Esse efeito permaneceu após uma análise de acompanhamento (*follow up*) de 20 semanas.

Aikens et al. (2014), em estudo realizado com trabalhadores de uma companhia química, encontraram reduções significativas na diminuição do estresse percebido ($p<0,001$) e aumento da resiliência ($p<0,001$) no grupo de sujeitos que realizou uma intervenção *on-line* de práticas de *Mindfulness*, com duração de sete semanas, quando comparados ao grupo controle que não realizou nenhuma intervenção. Os autores consideram que práticas baseadas em *Mindfulness* são benéficas para o bem-estar geral do trabalhador e em seu engajamento no ambiente de trabalho.

Klatt, Buckworth e Malarkey (2008) também encontraram resultados semelhantes em estudo realizado com professores e funcionários de uma universidade. Os participantes do grupo intervenção, que fizeram um programa de redução de estresse baseado em *Mindfulness* por seis semanas, obtiveram reduções significativas no nível de estresse percebido em relação ao grupo controle que não realizou nenhuma intervenção ($p=0,0025$), além de apresentarem aumento da atenção plena ($p=0,0149$).

Shapiro et al. (2005) conduziram um estudo controlado e randomizado que avaliou o estresse percebido antes e após a realização de oito sessões semanais com práticas baseadas em *Mindfulness* em trabalhadores saudáveis da área da saúde. Os autores identificaram diminuição do parâmetro ($p=0,04$) em comparação ao grupo controle que não realizou nenhuma intervenção. Além da redução do estresse percebido, foram identificados outros benefícios como o aumento da autocompaixão, autopercepção e maior satisfação com a vida.

Os altos níveis do estresse percebido estão associados a vários biomarcadores fisiológicos relacionados à resposta ao estresse, como hiper-reatividade do eixo HPA, marcadores imunológicos, cardiovasculares e de função metabólica (GOLDMAN et al., 2005). Altos níveis do estresse percebido, quando crônicos, constituem-se como um fator de risco moderadamente aumentado para doença cardiovascular (RICHARDSON et al., 2012), e um importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (BOVIER; CHAMOT; PERNEGER, 2004). A diminuição do estresse percebido no presente estudo após o Programa *Mindfulness* pode impactar na melhoria da saúde física e mental dos trabalhadores, conferindo um fator de proteção para a prevenção de doenças associadas a esse desfecho.

Além dos prejuízos à saúde física e psicológica, o alto nível do estresse percebido pode comprometer o desempenho laboral do sujeito e impactar o ambiente de trabalho, gerando um clima organizacional conflituoso, diminuindo a efetividade institucional (PEIRÓ, 2009).

A diminuição do estresse percebido pode contribuir para o melhor desempenho laboral, proporcionando maior performance cognitiva ao trabalhador e promovendo um ambiente de trabalho mais amistoso, com melhor relacionamento entre os colegas de trabalho.

5.2.2 Depressão e ansiedade

Duas hipóteses alternativas do presente estudo eram de que a realização do Programa *Mindfulness* também reduziria os escores médios dos níveis de depressão e ansiedade após oito semanas. Essas hipóteses se sustentaram, e foram observadas reduções significativas no nível médio de depressão ($p<0,001$) e de ansiedade ($p<0,001$) apenas no GE, quando comparado com o GC, após oito semanas.

Indo de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, pesquisas sobre intervenções baseadas em *Mindfulness* para melhora da depressão e ansiedade aumentaram consideravelmente na última década (HOFMANN; GÓMEZ, 2017). De acordo com os autores, essas intervenções demonstram-se eficazes na diminuição da gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade para indivíduos em tratamento, e diminuem os índices de recaídas de depressão (HOFMANN; GÓMEZ, 2017).

Ensaio clínico randomizado conduzido por Winnebeck et al. (2017) avaliou sujeitos diagnosticados com depressão crônica que receberam uma intervenção reduzida de três semanas com práticas baseadas em *Mindfulness*, em que cada sessão durava cerca de 25 minutos, duas vezes por dia. Os autores identificaram diminuição dos sintomas depressivos ao final da intervenção no grupo experimental em relação ao grupo controle, que realizou uma atividade de psicopedagogia e relaxamento ($p=0,000$). Os autores ainda demonstram que quanto maior o escore pontuado para depressão na escala BDI-II pré-intervenção, mais forte é a resposta à intervenção em termos de diminuição nos escores ($p=0,000$). O grupo experimental apresentou ainda diminuição da resposta ruminativa ($p=0,000$), por meio do instrumento *"Ruminative Response Style Questionnaire*" (WINNEBECK et al., 2017). As respostas ruminativas compreendem concentrar a atenção nos sintomas disfóricos e em causas e consequências, tais pensamentos, em conjunto com a autocrítica e repressão de emoções, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da ansiedade e depressão (HUFFZIGER; KUEHNER, 2009).

Um estudo de metanálise de ensaios clínicos identificou que a intervenção baseada em *Mindfulness*, "*Mindfulness-based cognitive therapy*" (MBCT) apresentou-se eficaz como estratégia de tratamento para prevenção de recaída em pessoas diagnosticadas com depressão recorrente, especialmente para aqueles com sintomas residuais mais acentuados (KUYKEN et al., 2016).

Em um outro estudo de metanálise, Khoury et al. (2013) apontam que terapias com práticas baseadas em *Mindfulness* são consideradas um tratamento eficaz para uma variedade de problemas psicológicos quando comparadas com controles passivos (lista de espera), e quando comparadas com outros tratamentos psicoterapêuticos. O estudo concluiu que intervenções com práticas baseadas em *Mindfulness* são principalmente eficazes na redução da depressão, ansiedade e estresse.

Apesar da escassa literatura que demonstra os efeitos de práticas de *Mindfulness* para sintomatologia de depressão e ansiedade em populações saudáveis (não clínicas), os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro aos demonstrados em uma revisão sistemática da literatura realizada por Sharma e Rush (2014). Os autores apontam resultados psicológicos e fisiológicos positivos relacionados à diminuição desses parâmetros em populações saudáveis por meio de intervenções baseadas em *Mindfulness*, e consideram essas intervenções como uma promissora modalidade para o manejo do estresse em populações não clínicas.

Um outro achado adicional no presente estudo foi de que, ao aplicar novamente as escalas BDI-II e BAI para mensurar os níveis de depressão e ansiedade na amostra selecionada para a segunda etapa, os valores médios obtidos nas pontuações das escalas foram maiores do que os encontrados na amostra da primeira etapa do estudo, aumentando de 9,02 (DP=7,12) para 11,67 (DP=8,34) na escala de depressão e de 7,41 (DP=7,52) para 13,97 (DP=6,97) na escala de ansiedade.

Esse aumento pode ter ocorrido pelo fato de que os sujeitos selecionados para a segunda etapa foram aqueles que pontuaram maiores escores em estresse percebido na primeira etapa, o que pode demonstrar que altos níveis de estresse percebido podem ter uma relação com maiores níveis de depressão e ansiedade. Estudo conduzido por Gray-Stanley et al. (2010) em uma amostra de trabalhadores de serviços sociais comunitários identificou que o estresse no trabalho estava positivamente associado à depressão ($p<0,001$). Os autores apontam a necessidade de sistemas de apoio social e intervenções para ajudar no gerenciamento do estresse em ambientes de trabalho.

Os autores das escalas utilizadas no presente estudo para mensurar depressão (BDI-II) e ansiedade (BAI) não estabelecem pontos de corte fixo para sua avaliação, por isso esses

desfechos foram avaliados como uma variável contínua. Os autores ainda sugerem que esses desfechos possam ser avaliados em níveis, nos quais:

a) depressão: nível mínimo de 0 a 11 pontos; nível leve de 12 a 19 pontos, nível moderado de 20 a 35 pontos e nível grave de 36 a 63 pontos (BECK et al., 1961);
b) ansiedade: nível mínimo de 0 a 10 pontos; leve de 11 a 19 pontos, moderado de 20 a 30 pontos e grave de 31 a 63 pontos (BECK et al., 1988).

De acordo com essas classificações, na amostra do presente estudo os níveis médios pontuados para depressão (11,67, DP=8,34) e ansiedade (13,97, DP=6,97) no GE, classificados como "leves" em T0, passaram a ser classificados como "mínimos" em T1, após a intervenção com o Programa *Mindfulness*, com diminuição para 6,73 (DP=6,63) em depressão e 6,87 (DP=5,49) para ansiedade.

Sintomas de depressão e ansiedade podem afetar o desempenho no trabalho, gerando maior ocorrência de absenteísmo e diminuindo a performance nas funções laborais (LERNER et al., 2010). Trabalhadores que apresentam sintomas positivos para depressão e ansiedade podem se beneficiar com os resultados obtidos com a intervenção do presente estudo, uma vez que a diminuição da sintomatologia desses desfechos impacta positivamente na saúde mental, o que pode refletir em melhoria na sua dinamicidade para as atividades exercidas na instituição.

5.2.3 Atenção plena

O presente estudo também tinha como hipótese o aumento do nível de atenção plena, mensurado pelo instrumento FFMQ-BR após a intervenção com o Programa *Mindfulness*. Também era de interesse desse estudo elucidar quais aspectos de *Mindfulness* (facetas) seriam impactados pela intervenção.

Após a intervenção, o GE apresentou escores médios maiores do que o GC no escore total do instrumento (p=0,012), e nas facetas três "observar" (p=0,010) e seis "não reagir à experiência interna" (p=0,002), com um nível de significância de 0,05.

Consoante aos resultados obtidos no presente estudo, a literatura tem apontado evidências do aumento da atenção plena, avaliada pelo instrumento FFMQ, após intervenções com práticas baseadas em *Mindfulness* em trabalhadores. Ensaio clínico randomizado realizado na Espanha, conduzido por Arredondo et al. (2017) em uma amostra de trabalhadores administrativos de uma empresa privada, observou um aumento significativo no nível de atenção plena em todas as facetas do instrumento original FFMQ após a aplicação de um programa de oito semanas com práticas de *Mindfulness* (p<0,05), quando comparado ao grupo

controle que não recebeu a intervenção. Esses resultados foram mantidos na análise de acompanhamento (*follow-up*) após 20 semanas.

Aikens et al. (2014) conduziram um estudo randomizado nos Estados Unidos em uma amostra de trabalhadores industriais, no qual foi realizado um programa de sete semanas de práticas de *Mindfulness*, com sessões virtuais e presenciais combinadas. Ao comparar o nível de atenção plena no grupo que realizou a intervenção com o grupo controle que não realizou nenhuma intervenção, constatou-se um aumento significativo em quatro das cinco facetas de *Mindfulness* mensuradas pelo FFMQ, com exceção da faceta "não julgamento da experiência interna".

Em contexto nacional, ainda não existem estudos clínicos controlados que utilizaram a versão brasileira do instrumento *Five Facet Mindfulness Questionnaire*, o FFMQ-BR.

O instrumento FFMQ foi originalmente desenvolvido por Baer et al. (2006) em uma amostra de estudantes universitários dos Estados Unidos e posteriormente validado no Brasil por Barros et al. (2014) em uma amostra de 395 sujeitos composta por: tabagistas atendidos em um serviço de tratamento especializado; participantes da comunidade atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde; estudantes universitários e meditadores experientes (pelo menos um ano de experiência).

Em sua versão original, o instrumento FFMQ conta com cinco facetas, sendo elas: 1) não reatividade à experiência interna; 2) observar; 3) agir com consciência; 4) descrever e 5) não julgamento da experiência interna (BAER et al., 2006).

Os autores que procederam o estudo de validação no Brasil observaram a partir da análise fatorial exploratória que na língua portuguesa brasileira o instrumento comportou-se de maneira diferente, e a versão FFMQ-BR apresenta sete facetas ao invés de cinco, sendo: 1) Não julgar a experiência interna; 2) Agir com consciência- piloto automático; 3) Observar; 4) Descrever - formulação positiva; 5) Descrever - formulação negativa; 6) Não reagir à experiência interna e 7) Agir com consciência - distração (BARROS et al., 2014).

De acordo com Barros et al. (2014), a faceta quatro "descrever" dividiu-se em função da formulação dos itens, permanecendo os "positivos" na quarta faceta e os "negativos" na quinta, e a faceta três "agir com consciência" dividiu-se em comportamentos de piloto automático e comportamentos de agir com distração (BARROS et al., 2014).

Para ampliar a compreensão dos resultados obtidos no presente estudo, além de considerar as particularidades do instrumento utilizado, também deve-se levar em consideração os conceitos e construtos que compõem *Mindfulness.*

Após a intervenção com o Programa *Mindfulness,* o presente estudo identificou significativo aumento para a faceta três “observar”. De acordo com Barros et al. (2014), essa faceta considera “notar ou estar atento a experiências internas e externas, tais como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros”, e de acordo com Baer et al. (2006), essa faceta se correlaciona fortemente com o construto de “abertura à experiência”.

A abertura à experiência é necessária para que se possa observar os conteúdos mentais sem julgamentos, não se deixando influenciar por pensamentos automáticos. Uma mente menos atenta e observadora facilita o descentramento, o que pode resultar em processos mentais disfuncionais (GOLEMAN, 1995; MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

O aumento da faceta “observar” no presente estudo, relacionada à abertura às experiências, pode ser encarado como um facilitador da incorporação das práticas de *Mindfulness,* considerando que os participantes do estudo não tinham conhecimento sobre a prática e estavam experimentando algo totalmente novo. Uma maior abertura a essa experiência pode mostrar-se benéfica para a incorporação do estado de *Mindfulness* nesses sujeitos, bem como a manutenção dos benefícios alcançados com a prática regular.

O presente estudo também identificou significativo aumento na faceta seis “não reagir à experiência interna”. Essa faceta refere-se a “permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar ou ser tomado por eles” (BARROS et al., 2014), e, segundo Baer et al. (2006), correlaciona-se positivamente com o construto de “autocompaixão”. A autocompaixão envolve sentimentos de carinho e bondade para consigo mesmo em detrimento do sofrimento pessoal, e não reagir à experiência interna envolve o reconhecimento de que os fracassos fazem parte da condição humana (BIRNIE; SPECA; CARLSON, 2010).

O aumento significativo dessa faceta no presente estudo pode ser resultado do enfoque no conceito e na prática da autocompaixão que compuseram o *Programa Mindfulness,* implementado pelos instrutores. A autocompaixão representa um componente essencial da prática de *Mindfulness* ensinada pelos instrutores do MTi. O protocolo desenvolvido para a pesquisa continha práticas que abordavam a gentileza para consigo mesmo, o autocuidado e aceitação dos estressores que não podiam ser modificados.

O aumento do nível de atenção plena nos trabalhadores, de uma forma geral, pode contribuir para a tomada de decisões mais atentas e conscientes no ambiente de trabalho, acarretando em melhora do desempenho laboral (PASSMORE, 2019). O aumento da faceta três (observar) pode fazer com que os trabalhadores estejam mais atentos e abertos a novas experiências (DANE; BRUMMEL, 2014). Uma mente mais atenta facilita processos cognitivos, os quais são importantes para o bom desempenho das funções laborais, e a abertura

a novas experiências pode favorecer, por exemplo, o aprendizado relacionado às novas tecnologias, que estão cada vez mais presentes nos ambientes de trabalho.

O aumento da faceta seis (não reagir à experiência interna) nos trabalhadores pode refletir em aumento da regulação emocional, contribuindo para o reconhecimento das dificuldades sem que emoções ou pensamentos negativos influenciem suas ações. (NARAYANAN; MOYNIHAN, 2006; ZIVNUSKA et al., 2016). O aumento dessa faceta pode facilitar a resolução dos problemas no ambiente de trabalho de uma maneira mais efetiva.

O aumento da autocompaixão, também relacionada à faceta seis, pode contribuir para que os trabalhadores se tornem mais gentis e compreensivos consigo mesmos, auxiliando no reconhecimento dos fatores que são e os que não são possíveis de serem controlados no ambiente de trabalho (HÜLSHEGER et al., 2013). O excesso de cobrança, sentimento de culpa e menosprezo por si podem acarretar em prejuízos à saúde mental dos trabalhadores.

5.2.4 *Burnout*

No presente estudo, apesar dos participantes do grupo que realizaram o Programa *Mindfulness* demonstrarem tendências em direção a mudanças positivas na melhora de *burnout*, não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os grupos experimentais e controle em um nível de significância de 0,05.

A literatura tem demonstrado evidências da redução de *burnout* em trabalhadores após intervenções baseadas em *Mindfulness*. Arredondo et al. (2017) conduziram um estudo controlado na Espanha, no qual foi realizada uma intervenção adaptada de oito semanas de práticas de *Mindfulness* com sessões semanais de uma hora e meia e um encontro de imersão de três horas. O estudo avaliou 40 trabalhadores administrativos de uma empresa privada e randomizou os participantes em grupos controle e intervenção. Foi verificada diferença estatisticamente significativa nas três subescalas da escala de *burnout* entre os grupos ($p<0,05$).

Roeser et al. (2013) conduziram um estudo com 113 professores do ensino fundamental em duas escolas públicas do Canadá e Estados Unidos. A amostra foi randomizada em um grupo que recebeu intervenção com práticas de *Mindfulness* e outro grupo que permaneceu em uma lista de espera. A intervenção consistiu em um programa de oito semanas. Foi verificada diminuição no nível de *burnout* entre os sujeitos que realizaram a intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,05$).

Os autores dos estudos supracitados apontam a necessidade de mais investigações sobre *burnout* em diferentes contextos, a fim de compreender melhor as causas e efeitos da síndrome.

Verifica-se a ausência na literatura científica brasileira de estudos controlados que avaliaram o efeito de práticas baseadas em *Mindfulness* em *burnout*.

A escala utilizada no presente estudo para avaliar *burnout*, a MBI-GS, é uma escala que aborda aspectos gerais do trabalho, e entende o *burnout* como sendo uma "crise do sujeito em sua relação com o trabalho" (SCHUSTER et al., 2015). É possível que o *burnout* pode não ter apresentado significativa diminuição no escore da escala após a intervenção com o Programa *Mindfulness* pelo fato de que o programa não consistia na inserção de mudanças na estrutura da organização de trabalho em si, as quais referem-se mais diretamente às questões da escala.

Apesar dos resultados obtidos no presente estudo não alcançarem efeito estatístico significativo, os benefícios apresentados após a intervenção referentes à diminuição dos níveis do estresse percebido, ansiedade, depressão e o aumento da atenção plena estão relacionados com a melhora do bem-estar psicológico dos sujeitos, e essa melhora pode inferir na prevenção da síndrome de *burnout*, uma vez que sua ocorrência é geralmente precedida ou acompanhada de períodos prolongados de estresse (WIEGNER et al., 2015).

O aumento da atenção plena pode aumentar o repertório emocional e comportamental do sujeito, proporcionando recursos para lidar de maneira mais eficaz com as situações desafiadoras no ambiente de trabalho. A exaustão emocional é manifestada como o esgotamento de recursos pessoais relacionados a atender às demandas de situações difíceis, e, sob a luz da atenção plena, o sujeito pode avaliar as situações desafiadoras no trabalho de uma maneira mais positiva, não permitindo que as situações determinem suas respostas emocionais (MASLACH; SCHAUFELI, 1993; NARAYANAN; MOYNIHAN, 2006).

Ao considerar a dimensão cinismo, que representa o componente do esgotamento interpessoal e reflete em respostas negativas, insensíveis ou excessivamente apáticas a vários aspectos do trabalho, o aumento da atenção plena pode proporcionar benefícios como a melhora do relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho e com o público (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; NARAYANAN; MOYNIHAN, 2006).

O aumento da atenção plena também pode propiciar a melhora da eficácia no trabalho, ao considerar seu efeito no aumento da atenção e flexibilidade cognitiva no desempenho das funções executivas. Um maior nível de atenção plena está positivamente relacionado à resolução de problemas de forma eficiente e com o aumento do comprometimento com o trabalho (DANE; BRUMMEL, 2014; MARKUS; LISBOA, 2015).

Ao realizar a primeira etapa do estudo, verificou-se que grande parcela das recusas em participar da pesquisa foram alegadas por falta de tempo, tanto para responder aos questionários quanto para realizar uma atividade semanal de práticas de *Mindfulness*. Muitos trabalhadores

acreditavam que o fato de ter que se dedicar a mais uma atividade extra acarretaria em aumento do estresse, pois relatavam estar “sobrecarregados” com as demandas atuais de trabalho.

Os achados do presente estudo demonstram que inserir uma atividade semanal de práticas de *Mindfulness* não resultou em aumento do *burnout* nos trabalhadores, ou seja, não impactou negativamente em seu esgotamento profissional e, adicionalmente, apresentou benefícios relacionados ao bem-estar psicológico desses sujeitos.

Desenvolver e cultivar o estado de *Mindfulness* gera benefícios não somente em relação aos aspectos clínicos associados às psicopatologias, mas também na melhora do relacionamento interpessoal, qualidade de vida, enfrentamento e regulação adequada da experiência emocional (BULLIS et al., 2014; HOFMANN, GÓMEZ, 2017).

Os resultados positivos apresentados em relação aos desfechos investigados no presente estudo, como diminuição do estresse percebido, depressão, ansiedade e aumento da atenção plena, refletem de maneira positiva na melhoria da saúde mental do trabalhador e também contribuem para proporcionar um ambiente de trabalho mais saudável.

5.3 Limitações do estudo

A primeira etapa exploratória do presente estudo possui delineamento de corte transversal. Esse delineamento fornece informações valiosas para o avanço do conhecimento científico, porém possui limitações. Nesse tipo de delineamento, tanto a exposição quanto o desfecho são determinados simultaneamente, o que pode conferir um viés de prevalência (GORDIS, 2004; BASTOS; DUQUIA, 2007). Esse viés de prevalência em pesquisas realizadas no contexto laboral pode culminar no “efeito trabalhador sadio”, comumente observado em estudos de epidemiologia ocupacional (GIATTI; BARRETO, 2003; BRANDÃO; HORTA; TOMASI, 2005; MARTINEZ; LATORRE, 2009).

Nesse efeito, os trabalhadores que prevalentemente participam das pesquisas são aqueles considerados saudáveis e que estão ativos no trabalho. Esses sujeitos são sobreviventes aos efeitos decorrentes dos problemas de saúde. Já aqueles sujeitos que estão afastados ou incapacitados para o trabalho por motivos de saúde, constituem a população não trabalhadora (não sadia), e acabam não sendo abordados no momento da coleta de dados, o que pode subestimar a ocorrência dos problemas de saúde em trabalhadores (BOAS; MORIN, 2017).

Em sua primeira etapa, o estudo possui uma amostra não probabilística de conveniência. É sabido que amostras de conveniência possuem limitações, não sendo completamente representativas. Entretanto, essa etapa do estudo tratou-se de uma fase exploratória e que não

tinha como objetivo estimar um determinado valor para a população, mas sim obter noções da variedade dos elementos existentes na mesma. Amostras de conveniência podem ser adequadas para estudos preliminares, como um passo inicial do processo de pesquisa que confere bases para a geração de hipóteses (CHURCHILL; LACOBUCCI, 1998; HULLEY et al., 2015).

Alguns fatores podem ter contribuído para o número de sujeitos não inclusos na primeira etapa estudo. Optou-se por padronizar a abordagem aos sujeitos entrevistados, de modo que todos os questionários foram entregues pessoalmente pelos pesquisadores a fim de garantir que as mesmas orientações fossem transmitidas e que eventuais dúvidas fossem esclarecidas nesse momento. Dos 1.704 trabalhadores do *campus*, 163 não foram abordados pois não foram localizados. Fatores como a burocracia para acessar alguns setores da universidade, o escasso número de pesquisadores e a magnitude do *campus* (tanto em seu tamanho geográfico quanto no número de funcionários) podem ter contribuído para esse ocorrido.

Ainda na primeira etapa, encontrou-se como limitação o não aceite por parte dos trabalhadores em participar da pesquisa. As 264 recusas foram alegadas principalmente por falta de tempo ou interesse. É possível que os trabalhadores mais aflitos ou estressados estivessem menos propensos a responder aos questionários por pressões extremas de trabalho, por outro lado, os mais insatisfeitos (ou psicologicamente mais estressados) poderiam estar mais inclinados a responder devido ao interesse na possível participação em uma intervenção para redução do estresse (WINEFIELD et al., 2003).

As perdas na primeira etapa, caracterizadas por 42 questionários que não foram devolvidos, podem ser atribuídas ao fato de que as unidades do *campus* investigado possuem suas próprias singularidades, de maneira que os trabalhadores exercem funções variadas dentro da instituição, relacionadas a funções administrativas, de ensino e pesquisa, e mesmo os pesquisadores retornando ao local da coleta por pelo menos três vezes, muitas vezes os trabalhadores não permaneciam no mesmo local todos os dias e não eram encontrados.

Quanto à avaliação dos desfechos, todos foram realizados por meio de escalas de autorrelato. Esse tipo de medida possui algumas limitações, pois os resultados podem ser exagerados ou minimizados pelo sujeito ao responder. A fim de minimizar esse efeito, os questionários foram entregues para que os sujeitos os completassem com mais tranquilidade em suas casas. A forma pela qual o instrumento é administrado pode influenciar em seu resultado, pois as expectativas sociais provocadas ao responder questionários na frente de outras pessoas podem gerar respostas diferentes quando comparadas as obtidas em aplicações por correspondência (BOWLING, 2005).

Quanto às limitações da segunda etapa do estudo, o cálculo amostral foi realizado com base no estudo de Youge et al. (2015), eleito por seu alto rigor metodológico e semelhança com o presente estudo. Youge et al. (2015) avaliaram o efeito de uma intervenção de doze semanas com práticas baseadas em *Mindfulness* na redução do estresse percebido por meio da escala PSS14, porém, a amostra do estudo foi constituída por uma população clínica de portadores de doença cardíaca, o que pode influenciar no tamanho do efeito da intervenção.

Outro aspecto importante que também deve ser considerado no tamanho do efeito das intervenções baseadas em *Mindfulness* é a realização diária das práticas previstas nos programas. Os participantes devem executar em suas casas as atividades que foram treinadas nos encontros presenciais para concretizar seus efeitos. Apesar de orientar e incentivar sua realização, não se pôde mensurar nem objetivar a regularidade e a duração dessas atividades. A alternativa adotada para amenizar esse fato foi a entrega semanal de diários, nos quais os participantes eram estimulados pelos instrutores a anotar e organizar as práticas em seu cotidiano. Neste ponto também ressalta-se a inviabilidade de mensurar a realização das práticas informais e mudanças de hábito orientadas durante o Programa *Mindfulness*, estabelecendo-se como um dos desafios para a pesquisa clínica em *Mindfulness.*

A intervenção do presente estudo dá-se em um espaço de tempo considerável de oito semanas, e, nesse período, muitas variáveis externas podem influenciar na resposta dos desfechos investigados, as quais não são possíveis de controle pelo pesquisador. Interferências no trabalho e na vida pessoal, além de outros fatores como a prática de atividade física, suporte social, religião e alimentação saudável podem ter impacto nas respostas ao estresse percebido, depressão, ansiedade e *burnout* (JUSTER; MCEWEN; LUPIEN, 2010).

5.4 Implicações para a prática e sugestões para trabalhos futuros

Avaliar o nível do estresse percebido e relacionar quais são os principais preditores associados a esse desfecho podem inferir na melhor compreensão do fenômeno com vistas ao planejamento de futuras intervenções efetivas para redução do estresse em trabalhadores técnico-administrativos. Essas medidas podem evitar adoecimentos decorrentes do estresse crônico e melhorar a qualidade de vida dessa população. Os resultados produzidos no presente estudo têm implicações para profissionais que pesquisam ou atuam na promoção de saúde mental e em saúde ocupacional e que projetam, implementam e mantêm programas de saúde e bem-estar em contextos laborais.

Práticas baseadas em *Mindfulness* têm apresentado resultados benéficos para a saúde em diversos contextos e populações, sendo cada vez mais propagadas no meio acadêmico, bem como fora desses ambientes. Investigar os efeitos dessas práticas em contexto nacional é imperativo a fim de preencher uma lacuna identificada na literatura a respeito da produção científica brasileira.

A investigação de alternativas que promovam a diminuição do estresse e o aumento do bem-estar deve ser ampliada e difundida em contextos laborais, como uma estratégia de prevenção e restabelecimento da saúde mental. A partir dos resultados obtidos no presente ensaio clínico, constata-se que práticas baseadas em *Mindfulness* configuram uma alternativa não farmacológica, de baixo custo e de caráter autossustentável, que implicam em benefícios para a saúde mental dos trabalhadores. Após a realização do Programa *Mindfulness* por oito semanas, o sujeito torna-se apto a realizar sozinho as práticas, incorporando os conceitos de *Mindfulness* em seu dia a dia e podendo sustentar os benefícios adquiridos. Neste sentido, recomenda-se que estudos futuros possam investir em seguimento a médio e curto prazo dos participantes após o término das intervenções.

Esse estudo contribui para o campo da pesquisa clínica e das práticas baseadas em evidências em saúde mental, pois demonstra resultados consistentes pautados em um protocolo de pesquisa que corrobora com as recomendações estabelecidas para a realização de ensaios clínicos na área da saúde.

Dessa forma, é possível oferecer subsídios metodológicos para pesquisadores em *Mindfulness* e profissionais que atuam na área da saúde, especialmente nas áreas de promoção de saúde mental e saúde ocupacional, para a realização de futuras pesquisas sobre a temática, bem como para a implementação das práticas baseadas em *Mindfulness* em contextos laborais.

6 CONCLUSÃO

Este estudo teve por intenção cobrir uma lacuna constatada na literatura brasileira e produzir resultados sobre os efeitos de práticas baseadas em *Mindfulness* na melhora de parâmetros de saúde mental em uma amostra não clínica de trabalhadores de uma universidade pública, mas sem a pretensão de esgotar a temática.

O presente estudo conclui, em sua primeira etapa, que os fatores preditores de estresse percebido entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estão relacionados a: ser mais jovem, ser do sexo masculino, ocupar um cargo de nível superior ou técnico e maiores pontuações em escalas de sintomas de depressão e ansiedade. Os resultados contribuem para a compreensão do fenômeno do estresse percebido, particularmente no contexto investigado.

Em sua segunda etapa, os dados obtidos confirmam as hipóteses de que a intervenção com práticas baseadas em *Mindfulness,* segundo protocolo do *Mindfulness Trainings International* – MTi, resultou na diminuição do estresse percebido e apresentou outros benefícios para a saúde mental dos trabalhadores, como a redução dos níveis de depressão e ansiedade, e o aumento da atenção plena. Esses resultados demonstram o potencial benéfico das práticas baseadas em *Mindfulness* para uma amostra não clínica de trabalhadores.

Considera-se que os resultados do presente estudo deflagram a efetividade de uma prática de baixo custo, isenta de efeitos adversos e com amplitude de benefícios.

REFERÊNCIAS

AIKENS, K. A.; ASTIN, J.; PELLETIER, K. R.; LEVANOVICH, K.; BAASE, C. M.; PARK, Y. Y.; BODNAR, C. M. Mindfulness Goes to Work: Impact of an Online Workplace Intervention. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 56, n. 7, p. 721-731, jul. 2014. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000209.

ALLEXANDRE, D.; BERNSTEIN, A. M.; WALKER, E.; HUNTER, J.; ROIZEN, M. F.; MORLEDGE, T. J. A Web-Based Mindfulness Stress Management Program in a Corporate Call Center: a Randomized Clinical Trial to Evaluate the Added Benefit of Onsite Group Support**. Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 3, p. 254-264, 2016.

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, A. M. Gênero e estresse em: trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo**. Psicologia em estudo**, v. 9, p. 255-262, 2004.

ARREDONDO, M.; SABATÉ, M.; VALVENY, N.; LANGA, N.; DOSANTOS, R.; MORENO, J.; BOTELLA, L. A mindfulness training program based on brief practices (M-PBI) to reduce stress in the workplace: a randomised controlled pilot study. **International Journal of Occupational and Environmental Health,** v. 23, n. 1, p. 40-51, 2017. DOI: 10.1080/10773525.2017.1386607.

BAER, R. A. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. **Clin. Psychol. Sci. Prac.;** v. 10, p. 125-143, 2003. DOI: 10.1093/clipsy.bpg015.

BAER, R. A.; SMITH, G. T.; HOPKINS, J.; KRIETEMEYER, J.; TONEY, L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. **Assessment,** v. 13, n. 1, p. 27-45, mar. 2006.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev. Saúde Pública,** v. 35, n. 6, p. 554-63, 2001.

BARROS, V. V.; KOZASA, E. H.; SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v. 30, n. 3, p. 317-327, 2014.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica,** Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BECK, A. T.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; STEER, R. A. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry,** v. 4, p. 561-71, 1961.

BEZERRA, C. M.; MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. Estresse ocupacional em: mulheres policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013.

BIRNIE, K.; SPECA, M.; CARLSON, L. E. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Stress and Health,** v. 26, p. 359-371, 2010. DOI: 10.1002/smi.1305.

BISHOP, S. What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction?. **Psychosomatic Medicine,** v. 64, p. 71-83, 2002. DOI: 10.1097/00006842-200201000-00010.

BOAS, A. A. V.; MORIN, E. M. Qualidade de Vida no Trabalho: um Modelo Sistêmico de Análise. **RAD,** v. 19, n. 2, p. 62-90, ago. 2017.

BOECHAT, M. A. M.; FERREIRA, M. C. Preditores individuais e organizacionais do burnout em: servidores públicos federais. **Psic., Saúde & Doenças [online],** v. 15, n. 3, p. 738-750, 2014. DOI: 10.15309/14psd150314.

BOVIER, P. A.; CHAMOT, E.; PERNEGER, T. V. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. **Qual Life Res.,** v. 13, n. 1, p. 161-170, fev. 2004.

BOWEN, S.; CHAWLA, N.; MARLATT, G.A. **Mindfulness-Based Relapse Prevention for the Treatment of Substance Use Disorders:** A Clinician's Guide. New York: Guilford Press, 2010.

BOWLING, A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 281-291, set. 2005. DOI: 10.1093/pubmed/fdi031.

BRANDÃO, A. G.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Sintomas de distúrbios osteomusculares em: bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Epidemiol.;** v. 8, n. 3, p. 295-305, 2005. DOI: 10.1590/S1415-790X2005000300011.

BRINKBORG, H.; MICHANEK, J.; HESSER, H.; BERGLUND, G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. **Behav. Res. Ther.,** v. 49, n. 6-7, p. 389-98, jun. 2011.

BRITO, A. S. **Estresse e acidentes no trabalho:** estudo Pró-Saúde. 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src= google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=476557&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 mar. 2019.

BROWN, K. W.; RYAN, R. M. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology,** v. 84, n. 4, p. 822-848, 2003.

BULLIS, J. R.; BOE, H. J.; ASNAANI, A.; HOFMANN, S. G. The benefits of being mindful: trait mindfulness predicts less stress reactivity to suppression. **J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr,** v. 45, n. 1, p. 57-66, 2014. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.07.006.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em: uma equipe de enfermagem: de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem: [serial on the Internet],** v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

CALVERT, D. Treinamento do ator, mindfulness e neurociência: da análise paradigmática à aplicação Instrumental. **PÓS: Revista do Programa de Pós-graduação em Artes da EBA/UFMG,** v. 8, n. 15, mai. 2018.

CHIESA, A.; SERRETTI, A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. **J. Altern. Complement. Med**.; v. 15, n. 5, p. 593-600, maio 2009. DOI: 10.1089/acm.2008.0495.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A Global Measure of Perceived Stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COX, T.; RIAL-GONZALEZ, E. Work-related stress: the European picture. **Mag. Eur. Agen. Saf. Health Work**, v. 5, p. 4-6, 2002.

CRAMER, H.; LAUCHE, R.; PAUL, A.; DOBOS, G. Mindfulness based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. **Current Oncology**, v. 19, n. 5, p. 343-52, 2012. DOI: 10.3747/co.19.1016.

CRESWELL, J. D.; TAREN, A. A.; LINDSAY, E. K.; GRECO, C.M.; GIANAROS, P. J.; FAIRGRIEVE, A. MARSLAND, A. L.; BROWN, K. W.; WAY, B. M. ROSEN, R. K.; FERRIS, J. L. Alterations in Resting-State Functional Connectivity Link Mindfulness Meditation With Reduced Interleukin-6: A Randomized Controlled Trial. **Biological Psychiatry,** v. 80, n. 1, p. 53-61, jul. 2016.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

DANE, E.; BRUMMEL, B. Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention. **Human Relations,** v. 67, p. 105-128, 2014. DOI: 10.1177/0018726713487753.

DE JONG, M.; LAZAR, S. W.; HUG, K.; MEHLING, W. E.; HÖLZEL, B. K.; SACK, A. T.; PEETERS, F.; ASHIH, H.; MISCHOULON, D.; GARD, T. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Awareness in Patients with Chronic Pain and Comorbid Depression. **Frontiers in Psychology**, v. 7, p. 1-13, jun. 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00967.

EBERTH, J.; SEDLMEIER P. The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. **Mindfulness,** v. 3, n. 3, p. 174-189, set. 2012.

ESPER, L. H.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Mindfulness-based interventions for women victims of interpersonal violence: A systematic review. **Archives of Psychiatric Nursing,** v. 33, n. 1, p. 120-130, 2019. DOI: 10.1016/j.apnu.2018.09.003.

ESPERIDIAO-ANTONIO, V.; MAJESKI-COLOMBO, M.; TOLEDO-MONTEVERDE, D.; MORAES-MARTINS, G. FERNANDES, J. J.; ASSIS, M. B.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Neurobiologia das emoções. **Rev. Psiquiatr. Clín.;** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 55-65, 2008.

FAIRBROTHER, K.; WARN, J. Workplace dimensions, stress and job satisfaction. **J. Manag. Psychol.**, v. 18, p. 8-21, 2003.

FAN, L. B.; BLUMENTHAL, J. A.; WATKINS, L. L.; SHERWOOD, A. Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. **Occup. Med.;** v. 65, n. 2, p. 110-116, 2015.

FARIAS, M. S.; SILVA, A. B.; FURTADO, D. R.; SILVA, N. F.; OTON, L. B.; SOUZA, E. M.; MAIA, C. S.; FILHO, R. P. D. Uso de psicotrópicos no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 12, n. 4, 2016.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, H. K. P.; SANTOS, J. D. M.; MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, R. S.; SOARES, R. F. S. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2213-2220, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0953

FONTES, A. P.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Enfrentamento de estresse no trabalho: relações entre idade, experiência, autoeficácia e agência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 620-633, set. 2010.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B.; QUINTELLA, H. L. M. M. Qualidade de Vida no Trabalho do técnico-administrativo em IES públicas: uma análise exploratória. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida,** v. 5, n. 2, p. 01-12, abr./jun. 2013. DOI: 10.3895/S2175-08582013000200001.

FRONE, M. R. **Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace.** Washington: American Psychological Association, 2013.

FRONE, M. R. Work Stress and Alcohol Use: Developing and Testing a Biphasic Self-Medication Model. **Work Stress,** v. 30, n. 4, p. 374-394, 2016.

GAVIN, R. O. S.; REISDORFER, E.; ZANETTI, A. C. G.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Relationships between anxiety and depression in the workplace: epidemiological study among workers in a public university. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, p. 24-38, 2017.

GHERARDI-DONATO, E. C. S. **Estresse ocupacional, estresse precoce e estratégias de enfrentamento entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário**. 2013. 91f. Tese (Livre Docência) - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GHERARDI-DONATO, E. C. S. Mindfulness Trainings International (MTi) and the training of mindfulness instructors in Brazil. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.,** v.14, n. 2, p. 62-64, abr./jun. 2018. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151310.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2019.

GOLDMAN, N.; GLEI, D. A.; SEPLAKI, C.; LIU, I. W.; WEINSTEIN, M. Perceived stress and physiological dysregulation in older adults. **Stress**, v. 8, n. 2, p. 95-105, abr. 2005.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional.** Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOMES-OLIVEIRA, M. H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**, v. 34, n. 4, p. 385-394, dez. 2012. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.03.005.

GOOD, D. J.; LYDDY, C. J.; GLOMB, T. M.; BONO, J. E.; BROWN, K. W.; DUFFY, M. K. BAER, R. A.; BREWER, J. A.; LAZAR, S. W. Contemplating Mindfulness at Work. **Journal of Management,** v. 42, n. 1, p. 114-142, 2015. DOI: 10.1177/0149206315617003.

GORDIS, L. **Epidemiology.** Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.

GORDON, W. V.; SHONIN, E.; ZANGENEH, M. GRIFFITHS, M. D. Work-Related Mental Health and Job Performance: Can Mindfulness Help? **International Journal of Mental Health and Addiction,** v. 12, n. 2, p. 129-137, 2014.

GOYAL, M.; SINGH, S.; SIBINGA, E. M.; GOULD, N. F.; ROWLAND-SEYMOUR, A.; SHARMA, R.; BERGER, Z.; SLEICHER, D.; MARON, D. D.; SHIHAB, H. M.; RANASINGHE, P. D.; LINN, S.; SAHA, S.; BASS, E. B.; HAYTHORNTHWAITE, J. A. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: a Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern. Med.;** v. 174, n. 3, p. 357-368, mar. 2014. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.

GRAY-STANLEY, J. A.; MURAMATSU, N.; HELLER, T.; HUGHES, S.; JOHNSON, T. P.; RAMIREZ-VALLES, J. Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 5, n. 8, p. 749-761, 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01303.x.

GU, J.; STRAUSS,C.; BOND, R.; CAVANAGH, K. How do Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Improve Mental Health and Wellbeing? A Systematic Review and Meta-Analysis of Mediation Studies.**Clinical Psychology Review,** v. 37, p. 1-12, abr. 2015. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.01.006.

HADANY, L.; BEKER, T.; ESHEL, I.; FELDMAN, M. W. Why is stress so deadly? An evolutionary perspective. **Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 273, n. 1588, p. 881-885, maio 2005.

HERMAN, J. P.; CULLINAN, W. E. Neurocircuitry of Stress: Central Control of the Hypothalamo-Pituitary-Adrenocortical Axis. **Trends in Neurosciences**, v. 20, p. 78-84, 1997. DOI: 10.1016/S0166-2236(96)10069-2.

HERRERA, R.; BERGER, U.; GENUNEIT, J.; GERLICH, J.; NOWAK, D.; SCHLOTZ, W.; VOGELBERG, C.; VON MUTIUS, E.; WEINMAYR, G.; WINDSTETTER, D.; WEIGL, M.; RADON, K. Chronic Stress in Young German Adults: Who Is Affected? A Prospective Cohort Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 11, p. 1325, 2017. DOI: 10.3390/ijerph14111325.

HOFMANN, S. G.; GÓMEZ, A. F. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. **Psychiatr. Clin. North Am**., v. 4, n. 4, p. 739-749, dez. 2017. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.008.

HÖLZEL, B. K.; CARMODY, J.; VANGEL, M.; CONGLETON, C.; YERRAMSETTI, S. M.; GARD, T.; LAZAR, S. W. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density**. Psychiatry Res.,** v. 30, n. 191, p. 36-43, 2011.

HUFFZIGER, S.; KUEHNER C. Rumination, distraction, and mindful self-focus in depressed patients. **Behav. Res. Ther.**, v. 47, n. 3, p. 224-230, mar. 2009. DOI: 10.1016/j.brat.2008.12.005.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica.** 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

HÜLSHEGER, U. R.; ALBERTS, H. J. E. M.; FEINHOLDT, A.; LANG, J. W. B. Benefits of Mindfulness at Work: The Role of Mindfulness in Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction. **Journal of Applied Psychology,** v. 98, n. 2, p. 310-325, 2013.

JUSTER, R. P.; MCEWEN, B. S.; LUPIEN, S. J. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 35, n. 1, p. 2-16, 2010.

KABAT-ZINN, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain based on the practice of mindfulness meditation. **General Hospital Psychiatry**, v. 4, p. 33-47, 1982.

KABAT-ZINN, J. **Full Catastrophe Living:** Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delta, 1990.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: past, present an future. **Clinical Psychology Science and Pratice**, v. 10, n. 2, p. 144-56, 2003a.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Construct. Hum. Sci.,** n. 8, p. 73-107, 2003b.

KABAT-ZINN, J.; LIPWORTH, L.; BURNEY, R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine,** v. 8, n. 2, p. 163-190, 1985.

KANG, S. H. K. Spaced Repetition Promotes Efficient and Effective Learning: Policy Implications for Instruction. **Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences,** v. 3, n. 1, p. 12-19, 2016. DOI: 10.1177/2372732215624708.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KAWAMATA, R. N. **SerCiente:** Formação de instrutores de mindfulness - Caderno de recursos para instrutores. Botucatu: Assertiva Mindfulness, 2019.

KENG, S. L.; SMOSKI, M. J.; ROBINS, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. **Clin. Psychol. Rev.**, v. 31, n. 6, p. 1041-56, ago. 2011. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.04.006.

KHOURY, B.; LECOMTE, T.; FORTIN, G.; MASSE, M.; THERIEN, P.; BOUCHARD, V.; CHAPLEAU, M. A.; PAQUIN, K.; HOFMANN, S. G. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. **Clin Psychol Rev.,** v. 33, n. 6, p. 763-771, 2013.

KIVIMÄKI, M.; KAWACHI, I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports,** v. 17, n. 9, set. 2015. DOI: 10.1007/s11886-015-0630-8.

KLATT, M. D.; BUCKWORTH, J.; MALARKEY, W. B. Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. **Health Education & Behavior,** v. 36, n. 3, p. 601-614, jun. 2008. DOI: 10.1177/1090198108317627.

KUYKEN, W.; WARREN, F. C.; TAYLOR, R. S.; WHALLEY, B.; CRANE, C.; BONDOLFI, G.; HAYES, R. A.; HUIJBERS, M.; MA, H.; SCHWEIZER, S.; SEGAL, Z.; SPECKENS, A.; TEASDALE, J. D.; VAN HEERINGEN, K.; WILLIAMS, M.; BYFORD, S.; BYNG, R.; DALGLEISH, T. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. **JAMA Psychiatry,** v. 73, n. 6, p. 565-574, abr. 2016. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Spring Publishing Company, 1984.

LEE, R. A. Accelerating the development and mitigating derailment of high potential through mindfulness training. **The Industrial-Organizational Psychologist,** v. 49, n. 3, p. 23-34, 2012.

LEKA, S.; JAIN, A. **Health impacto f psychosocial hazards at work:** an overview. Geneva: Wold Health Organization, 2010.

LERNER, D.; ADLER, D. A.; ROGERS, W. H.; CHANG, G.; LAPITSKY, L; MCLAUGHLIN, T.; REED, J. Work performance of employees with depression: the impact of work stressors. **Am J Health Promot..** v. 24, n. 3, p. 205-213, jan. 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, out./dez. 2003.

LIU, T.; ZHANG, W.; XIAO, S.; XU, L.; WEN, Q.; BAI, L.; MA, Q.; JI, B. Mindfulness-based stress reduction in patients with differentiated thyroid cancer receiving radioactive

iodine therapy: a randomized controlled trial. **Cancer Management and Research**, v. 11, p. 467-474, jan. 2019. DOI: 10.2147/cmar.s183299.

LIZANO, E. L. Examining the Impact of Job Burnout on the Health and Well-Being of Human Service Workers: A Systematic Review and Synthesis. **Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance**, v. 39, n. 3, p. 167-181, 2015. DOI: 10.1080/23303131.2015.1014122

LOPES, M. **Uso de Álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnico-administrativos de uma universidade pública.** 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Emfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

LOURENÇO, S.; CARNIDE, F.; BENAVIDES, F.G.; LUCAS, R. Psychosocial work environment and musculoskeletal symptoms among 21-year-old workers: a population-based investigation (2011-2013). **PLoS ONE,** v. 10, n. 6, jun. 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0130010.

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: Tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, n. 41, p. 606-615, 2007.

LUPIEN, S. J.; MCEWEN, B. S.; GUNNAR, M. R.; HEIM, C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. **Nat. Rev. Neurosci.,** v. 10, n. 6, p. 434-445, 2009.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. Supl.1, p. 65-74, 2003.

MARKUS, P. M. N.; LISBOA, C. S. M. Mindfulness e seus Benefícios nas Atividades de Trabalho e no Ambiente Organizacional. **Revista da Graduação publicações de TCC**, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2015.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 761-772, abr. 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experience burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli, W. B.; Maslach, C.; Marek, T. (Eds.). **Professional burnout:** Recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Francis: 1993. p. 1-18.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Rev. Psychol.,** v. 52, p. 397-422, 2001.

MCCRATY, R.; ATKINSON, M.; TOMASION, D. Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health of hypertensive employees. **Journal of**

Alternative and Complementary Medicine, v. 9, n. 3, p. 355-369, 2003. DOI: 10.1089/107555303765551589.

MCEWEN, B.; LASLEY, E. N. **The end of stress as we know it.** Washington: Joseph Henry Press, 2002.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicol. Cienc. Prof.**; Brasília, v. 29, n. 2, p. 276-289, jun. 2009.

NAQVI, S. M. H.; KHAN, M.A.; KANT, A.; KHAN, S. N. Job stress and employees' productivity: case of Azad Kashmir public health sector. **Interdiscip. J. Contemp. Res. Bus.**, v. 5, n. 3, p. 525-542, 2013.

NARAYANAN, J.; MOYNIHAN, L. Mindfulness at Work: the beneficial effects on job burnout in call centers**. Academy of Management Proceedings**, v. 2006, n. 1, 2006. DOI: 10.5465/ambpp.2006.22898626.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 502-508, jul. 2002.

NG, T. W. H.; FELDMAN, D. C. Age, work experience, and the psychological contract. **Journal of Organizational Behavior,** v. 30, p. 1053-1075, 2009.

OLIVEIRA, N.A.; SOUZA, E. N.; LUCHESI, B. M.; INOUYE, K.; PAVARINI, S. C. I. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. **Rev. Bras. Enferm. [Internet],** v. 70, n. 40, p. 697-703, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0088.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS: empresas devem promover saúde mental de funcionários no ambiente trabalho. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios-no-ambiente-trabalho/>. Acesso em: 16 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5087:estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade&Itemid=839>. Acesso em: 16 fev. 2019.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em: um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

PANZINI, R G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica,** São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PARSWARNI, M. J.; SHARMA, M. P.; IYENGAR, S. S. Mindfulness based stress reduction in coronary heart disease: a randomised control trail. **International Journal of Yoga,** v. 6 n. 2, p. 111-7, 2013. DOI: 10.4103/ 0973-6131.113405.

PASSMORE, J. Mindfulness in organizations (part 1): a critical literature review. **Industrial and Commercial Training**, v. 51, n. 2, p. 104-113, 2019. DOI: 10.1108/ICT-07-2018-0063.

PEIRÓ, J. M. Estrés laboral y riesgos psicosociales: investigaciones recientes para su análisis y prevención. **Publicacions de la Universitat de València,** p. 1-35, 2009.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho.** Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2004. Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2011.

PRUESSNER, J. C.; HELLHAMMER, D. H.; KIRSCHBAUM, C. Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, n. 2, p. 197-204, 1999. DOI: 10.1097/00006842-199903000-00012.

RESCHKE-HERNÁNDEZ, A. E.; OKERSTROM, K. L.; BOWLES EDWARDS, A.; TRANEL, D. Sex and stress: Men and women show different cortisol responses to psychological stress induced by the Trier social stress test and the Iowa singing social stress test. **Journal of Neuroscience Research**, v. 95, n. 1-2, p. 106-114, 2017.

RIBEIRO, J. P.; MARQUES, T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da Escala de Percepção de Stresse. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 237-248, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a07.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

RICHARDSON, S.; SHAFFER, J. A.; FALZON, L.; KRUPKA, D.; DAVIDSON, K. W.; EDMONDSON, D. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. **Am J Cardiol.,** v. 110, n. 12, p. 1711-1716, dez. 2012.

ROESER, R. W.; SCHONERT-REICHL, K. A.; JHA, A.; CULLEN, M.; WALLACE, L.; WILENSKY, R.; HARRISON, J. Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. **Journal of Educational Psychology,** v. 105, p. 787-804, 2013. DOI: 10.1037/a0032093.

ROTH, B.; CREASER, T. Mindfulness meditation-based stress reduction: experience with a bilingual inner-city program. **Nurse Pract.,** v. 22, n. 3, p. 150-157, mar. 1997.

RUIJGROK-LUPTON, P. E.; CRANE, R. S.; DORJEE, D. Impact of Mindfulness-Based Teacher Training on MBSR Participant Well-Being Outcomes and Course Satisfaction. **Mindfulness,** v. 9, n. 1, p. 117-128, 2017. DOI: 10.1007/s12671-017-0750-x.

SANTOS, I. S.; GRIEP, R. H.; ALVES, M. G.; GOULART, A. C.; LOTUFO, P. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; BENSEÑOR, I. M. Job stress is associated with migraine in current workers: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Eur. J. Pain,** v. 18, n. 9, p. 1290-1297, out. 2014. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2014.489.x.

SANTOS, T. M.; KOZASA, E. H.; CARMAGNANI, I. S.; TANAKA, L. H.; LACERDA, S. S.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. **EXPLORE**, v. 12, n. 2, p. 90-99, 2016. DOI: 10.1016/j.explore.2015.12.005.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMC Medicine,** v. 8, n. 18, mar. 2010.

SCHUSTER, M. S.; DIAS, V. V.; BATTISTELLA, L. F. GROHMANN. Validação da Escala MBI-GS: uma investigação general survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. **REGE,** São Paulo, Brasil, v. 22, n. 3, p. 403-416, jul./set. 2015. DOI: 10.5700/rege569.

SELYE, H**. Stress, a tensão da vida.** São Paulo: Ibrasa-Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1959.

SHAPIRO, S. L.; ASTIN, J. A.; BISHOP, S. R.; CORDOVA, M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. **International Journal of Stress Management,** v. 12, n. 2, p. 164-176, 2005. DOI: 10.1037/1072-5245.12.2.164.

SHARMA, M.; RUSH, S. E. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. **J. Evid. Based Complementary Altern. Med.,** v. 19, n. 4, p. 271-286, out. 2014. DOI: 10.1177/2156587214543143.

SIEGRIST, J.; LI, J. J. Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: a Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. **J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 4, p. 1-14, 2016. DOI: 10.3390/ijerph13040432.

SILVA, A. M. B.; KELLER, B.; COELHO, R. W. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em: motoristas de ônibus. **J. Health Sci. Inst.,** v. 31, n. 1, p. 75-78, 2013.

SILVEIRA, K. A.; ENUMO, S. R. F.; BATISTA, E. P. Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento em professores de ensino multisseriado. **Psicologia Escolar e Educacional,** v. 18, n. 3, 2014.

SINGLETON, O.; HÖLZEL, B. K.; VANGEL, M.; BRACH, N.; CARMODY, J.; LAZAR, S. W. Change in brainstem: gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological wellbeing. **Frontiers in Human Neuroscience,** v. 8 n. 33, 2014. DOI: 10.3389/ fnhum.2014.00033.

SIU, O.; COOPER, C. L.; SPECTOR, P. E.; DONALD, I. Age differences in coping and locus of control: a study of managerial stress in Hong Kong. **Psychological Aging**, v. 16, n. 4, p. 707-710, dez. 2001.

SMITH, T. D.; HUGHES, K.; DEJOY, D. M.; DYAL, M. Assessment of relationships between work stress, work-family conflict, burnout and firefighter safety behavior outcomes. **Safety Science**, v. 103, p. 287-292, mar. 2018. DOI: 10.1016/j.ssci.2017.12.005.

SOUZA, N. H. S.; BRANCO, B. M.; REICHERT, C. B. Famílias com casais de dupla carreira e filhos em idade escolar: estudo de casos. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p. 109-121, dez. 2007.

STULTS-KOLEHMAINEN, M. A.; SINHA, R. The Effects of Stress on Physical Activity and Exercise. **Sports Med.**, v. 44, p. 81-121, 2014.

TAREN, A.; CRESWELL, J. D.; GIANAROS, P. Dispositional mindfulness co-varies with smaller amygdala and caudate volumes in community adults. **PLoS One,** v. 8, n. 5, 2013. DOI: 10.1371/journal. pone.0064574.

TEASDALE, J. D.; SEGAL, Z.; WILLIAMS, J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 1, p. 25-39, 1995.

TEIXEIRA, C. A. B.; REISDORFER, E.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Estresse Ocupacional e Coping: reflexão Acerca dos Conceitos e a Prática de Enfermagem Hospitalar. **Rer. Enferm. UFPE [on line],** Recife, v. 8, supl. 1, p. 2528-2532, jul. 2014. DOI: 0.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201443.

THEORELL, T.; HAMMARSTROM, A.; ARONSSON, G.; BENDZ, T.; GRAPE, T.; HOGSTEDT, C.; MARTEINSDOTTIR, I.; SKOOG, I.; HALL, C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. **BMC Public Health**, v. 15, 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-1954-4.

THOMAS, J. W.; COHEN, M. A Methodological Review of Meditation Research**. Frontiers in Psychiatry,** v. 5, 2014. DOI: 10.3389/fpsyt.2014.00074.

TRIPATHI, S. J.; CHAKRABORTY, S.; SRIKUMAR, B. N.; RAJU, T.R.; RAO, B. S. Basolateral amygdalar inactivation blocks chronic stress-induced lamina-specific reduction in prefrontal cortex v. and associated anxiety-like behavior. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry,** v. 88, p. 194-207, jan. 2019.

UK NETWORK FOR MINDFULNESS-BASED TEACHER TRAINING ORGANIZATIONS. UK Network for Mindfulness-Based Teachers: Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses. 2015. Disponível em: <https://www.breathworks-mindfulness.org.uk/images/UK_MB_teacher_GPG_2015_final.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

VERMA, R.; BALHARA, Y. P.; GUPTA, C. S. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 20, n. 1, p. 4-10, 2011.

VIANA, M. S.; ANDRADE, A.; BACK, A. R.; VASCONCELLOS, D. I. C. Level of physical activity, stress and health of bank clerks. **Motri,** Vila Real, v. 6, n. 1, p. 19-32, 2010.

WIEGNER, L.; HANGE, D.; BJÖRKELUND, C.; AHLBORG, G. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care-an observational study. **BMC Family Practice,** v. 16, n. 1, 2015. DOI: 10.1186/s12875-015-0252-7.

WIESNER, M.; WINDLE, M.; FREEMAN, A. Work stress, substance use, and depression among young adult workers: An examination of main and moderator effect models**. Journal of Occupational Health Psychology**, v. 10, p. 83-96, 2005.

WILLIAMS, H.; SIMMONS, L. A.; TANABE, P. Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice. **Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association,** v. 33, n. 3, p. 247-259, 2015.

WINEFIELD, A. H.; GILLESPIE. N.; SLOUGH, C.; DUA. J.; HAPUARACHCHI, J.; BOYD, C. Occupational stress in Australian University Staff. **International Journal of Stress Management,** v. 10, n. 1, p. 51-63, 2003. DOI: 10.1037/1072-5245.10.1.51

WINNEBECK, E.; FISSLER, M.; GÄRTNER, M.; CHADWICK, P.; BARNHOFER, T. Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: a randomized controlled study. **Behav Res Ther., v.** 99, p. 124-130, dez. 2017. DOI: 10.1016/j.brat.2017.10.005

YOUNGE, J. O.; WERY, M. F.; GOTINK, R. A.; UTENS E. M.; MICHELS M.; RIZOPOULOS, D.; ROSSUM, E. F. C. V.; HUNINK, M. G. M.; ROOS-HESSELINK, J. W. Web-based mindfulness intervention in heart disease: a randomized controlled trial. **PLoS One,** v. 10, n. 12, 2015.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. spe, p. 75-84, 2003.

ZIVNUSKA, S.; KACMAR, K. M.; FERGUSTON, M.; CARLSON, D. S. Mindfulness at work: resource accumulation, well-being, and attitudes. **Career Development International**, v. 21, n. 2, p. 106-124, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar como voluntario na primeira etapa de uma pesquisa intitulada: "Efeitos do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* entre Trabalhadores Técnico Administrativos em uma Universidade do interior Paulista: Ensaio Clinico Randomizado". Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que possui duas vias originais. Uma delas e sua e a outra e do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Informamos que essa pesquisa está sob responsabilidade da Doutoranda Larissa Bessani Hidalgo Gimenez, orientada pela Professora Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato, e também fazem parte da equipe o Mestrando Vinicius Santos de Moraes, a Doutoranda Maria Neyrian de Fatima Fernandes e o Doutor Maycon Rogerio Seleghim da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O objetivo desta pesquisa e investigar os efeitos do Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* nos níveis de estresse em trabalhadores técnico administrativos de uma universidade pública. Os riscos envolvidos com sua participação podem estar relacionados a dimensão psíquica, moral, intelectual e social, que serão minimizados através das seguintes providencias: desistência da participação na pesquisa em qualquer momento sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos. Esse estudo trará como possíveis benefícios a redução dos níveis de Estresse Fisiológico e Estresse Percebido, bem como aumento nos níveis de qualidade de vida. Nesse primeiro momento da pesquisa, será aplicado um caderno que contém um questionário sociodemografico e de condições de trabalho e saúde, e outros cinco questionários autoaplicáveis. Após aceitar participar deste primeiro levantamento, o (a) senhor (a) poderá ser sorteado para participar da segunda etapa, onde os participantes serão convidados a participar voluntariamente. Caso o senhor (a) seja sorteado para participar da segunda etapa desse estudo, nos entraremos em contato com você, e serão explicados os objetivos da nova etapa e também será entregue ao senhor (a) um novo termo de consentimento. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem como princípios defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (Resolução no 466, de 12 de Dezembro de 2012). Se o (a) senhor (a) concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

a) O (a) senhor (a) e livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder as perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
b) O (a) senhor (a) pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, e não precisa apresentar justificativas para isso, e isso não lhe acarretara nenhum dano ou prejuízo;

c) Se o (a) senhor (a) aceitar participar dessa primeira parte da pesquisa não significa que o (a) (a) senhor (a) também aceita participar da segunda parte, o (a) senhor (a) participara da segunda etapa apenas se quiser;
d) Seu questionário não será identificado;
e) Os resultados da pesquisa estarão a disposição de qualquer servidor que se interessar em saber, independentemente de ter participado ou não.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Estando de acordo: Eu confirmo que os pesquisadores me explicaram o objetivo desse documento, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento.

Nome:_____**RG:**_____
Assinatura:_____

Pesquisadores:

_____
Doutoranda Larissa B. Hidalgo Gimenez
(16) 996020242/ lari_gimenez@hotmail.com

_____
Mestrando Vinicius Santos de Moraes
vinismoraes@hotmail.com

_____
Profa. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
(16) 3315-3422 / nane@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP - tel.: 3315 9197 End.: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil. Horário de Funcionamento: De segunda à sexta das 08 às 17h.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar como voluntario na segunda etapa da pesquisa intitulada: "Efeitos do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* entre Trabalhadores Técnico Administrativos em uma Universidade do interior Paulista: Ensaio Clinico Randomizado". Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte dessa etapa da pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias originais. Uma delas e sua e a outra e do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Informamos que essa pesquisa está sob responsabilidade da Doutoranda Larissa Bessani Hidalgo Gimenez, orientada pela Professora Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo desta pesquisa e investigar os efeitos do Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* nos níveis de estresse em trabalhadores técnico administrativos de uma universidade pública.

Nessa etapa da pesquisa, os participantes serão divididos em dois grupos: os que realizarão uma atividade de práticas baseadas em *Mindfulness* por 08 semanas e os que não receberão a intervenção nesse momento. Assim não será possível que escolha em que grupo ficar. Nessa etapa também será identificado o nível de estresse fisiológico através de coleta de material sanguíneo e também um pequeno corte de cerca de 2 centímetros do seu cabelo (o corte será realizado na parte de trás do cabelo, tornando-o o mais imperceptível possível). Também serão reaplicadas duas escalas que você respondeu na primeira fase (estresse percebido e nível de atenção plena) e aplicada uma nova escala para avaliar a presença da síndrome do esgotamento físico e mental do trabalhador, conhecida como *burnout*. A coleta sanguínea será realizada por uma equipe de profissionais devidamente capacitados e treinados nas dependências do *campus* universitário de Ribeirão Preto da Universidade do Estado de São Paulo.

A intervenção será fornecida pelo Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas da USP de Ribeirão Preto, por instrutores capacitados e formados nessa pratica. Você também receberá um diário para registrar suas práticas diárias.

Depois de participar da intervenção do Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* com duração de 08 semanas, o nível de estresse fisiológico será novamente mensurado através de coleta sanguínea e o (a) senhor (a) também respondera novamente a cinco dos questionários que o (a) senhor (a) respondeu na primeira etapa (estresse percebido, nível de atenção plena, ansiedade, depressão e *burnout*).

Nessa intervenção acontecera um encontro semanal com o instrutor da pratica, com duração de aproximadamente uma hora e meia, nas dependências do *campus* da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, em um local e horário previamente combinado entre nos. Nos encontros serão realizadas praticas meditativas, corporais e de concentração. Durante as 08 semanas o (a) senhor (a) também realizara atividades em sua casa que serão ensinadas pela pesquisadora. Com esse estudo buscamos avaliar os efeitos de um programa de redução de

estresse, onde serão ensinadas técnicas de respiração, meditação, ioga e vivencias interpessoais que tem se mostrado efetivas na diminuição do estresse e reação inflamatória ao estresse em diversas pessoas. Caso o (a) senhor (a) seja sorteado para o grupo que não irá realizar a intervenção, a mesma intervenção será oferecida ao senhor após a coleta de dados dessa pesquisa.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa que tem como princípios defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (Resolução no 466, de 12 de Dezembro de 2012).

Se o (a) senhor (a) concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

a) O (a) senhor (a) e livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder as perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;

b) O (a) senhor (a) pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, e não precisa apresentar justificativas para isso, e isso não lhe acarretara nenhum dano ou prejuízo;

d) Seu questionário não será identificado;

e) Apenas o senhor e os pesquisadores terão acesso a identificação do seu material sanguíneo;

f) Os resultados da pesquisa estarão a disposição de qualquer servidor que se interessar em saber, independentemente de ter participado ou não.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Estando de acordo: Eu confirmo que os pesquisadores me explicaram o objetivo desse documento, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento.

Nome:_____RG:_____

Assinatura:_____

Pesquisadores:

_____

Doutoranda Larissa B. Hidalgo Gimenez
(16) 996020242/ lari_gimenez@hotmail.com

_____

Mestrando Vinicius Santos de Moraes
vinismoraes@hotmail.com

_____

Profa. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
(16) 3315-3422 / nane@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP - tel.: 3315 9197 End: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP - Brasil. Horário de Funcionamento: De segunda a sexta das 08 às 17h.

APÊNDICE C - Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde

Data:_____/_____/_____

Número do sujeito no banco:
Data de Nascimento:__/__/____
Sexo: 1.( )Masculino / 2.( ) Feminino
Grau de Instrução: 1.( ) Fundamental 2.( ) Médio 3.( ) Superior 4.( ) Pós-graduação Anos concluídos de estudo em instituição de ensino:____
Vive com Companheiro(a)? 1.( ) Sim / 2.( ) Não
Filhos: 1.( ) Sim Quantos?____ / 2.( ) Não Vive(m) com você? 1.( ) Sim / 2.( ) Não
Possui Crença Religiosa? 1.( ) Sim Qual?_____/ 2.( ) Não Pratica essa crença religiosa regularmente? 1.( ) Sim / 2.( ) Não
Praticou algum tipo de meditação REGULARMENTE (pelo menos uma vez por semana) nos últimos 12 meses? 1.( ) Sim / 2.( ) Não
Cargo que exerce na USP:_____
Carga horária de trabalho semanal: _____ horas
Data da admissão na USP:__/__ (mês/ano)
Possui mais de um vínculo empregatício? 1.( ) Sim / 2.( ) Não
Pratica atividade física? 1.( ) Sim Qual?_____/ 2.( ) Não Quantas vezes por semana?_____
Fuma atualmente? 1.( ) Sim / 2.( ) Não Quantos cigarros por dia?_____
Consome bebida alcoólica? 1.( ) Sim / 2.( ) Não Quantas vezes por semana?_____
Faz uso de alguma medicação psicotrópica? (substâncias psicoativas com fins terapêuticos) 1.( ) Sim / 2.( ) Não Qual?_____

APÊNDICE D - Diário de Práticas de *Mindfulness*

Diário de Práticas de *Mindfulness*

Nome:_____
Data:__/__/__ _____ª **Semana**

DIA	**2ª feira**	**3ª feira**	**4ª feira**	**5ª feira**	**6ª feira**	**Sábado**	**Domingo**
Quantas vezes ao dia:							
Quantos minutos:							
Práticas que Realizei: (formais e informais)							
Observações e Curiosidades							

APÊNDICE E - Protocolo do Programa *Mindfulness*

Programa Mindfulness: desenvolvendo *Mindfulness* em oito semanas de acordo com o *Mindfulness Trainings International – MTi*
Centro de *Mindfulness* e Terapias Integrativas EERP-USP

Protocolo desenvolvido com base no Caderno de Recursos para Instrutores da Assertiva *Mindfulness* (KAWAMATA, 2019)

Observações importantes: Evitar falar sobre a pesquisa. Todas as informações já foram tratadas no dia da coleta inicial. Estamos oferecendo um programa para pessoas, sem mencionar o estudo. Se vier na fala dos participantes, tentar não prolongar e seguir. Se nos intervalos, início ou final de sessão, algum participante perguntar/comentar sobre a pesquisa, pedir gentilmente que entrem em contato com a Doutoranda Larissa Gimenez. Deixar claro o papel de **Instrutor de *Mindfulness***.

Sessão 1

Tema: Mudar é fácil
Foco do aprendizado: Que os participantes sintam que praticar *Mindfulness* é natural, simples e fácil. Eles têm todas as ferramentas que necessitam para ter sucesso na prática. O sucesso está garantido!
Práticas Principais:
-Prática Mudar é Fácil (apontar) pág.32
-Avaliar o Nível de Estresse (pág.81)
-Pergunta Milagre (ler a "historia", pág. avulsa)
-Destacar os benefícios que podem decorrer da prática de *Mindfulness*.
Intervalo 15 minutos.
-Apresentação dos participantes (sugerir que as pessoas digam apenas o nome, pois todos os participantes pertencem à comunidade USP). Isto favorece uma relação de igualdade entre os participantes como pudemos observar em Botucatu. Como também temos outros papéis na USP, nos apresentar como membro do centro e instrutora de *Mindfulness* que facilitará este grupo.
-Acordos Fundamentais.
-Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade (o ponto doce), pág.39.
Tarefas da semana:
-Formal: Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade (Áudio).
-Informal: Sentindo sua postura em diferentes situações na posição sentada no dia-a-dia.
Mudança de Hábito (Ser concreto):
Sorrir é a primeira coisa que farei quando acordar.
Pedir para os participantes pensarem em estratégias que poderão usar para garantir esse hábito. Deixar que as pessoas tragam suas ideias como possibilidades que podem ser compartilhadas. Se for necessário, sugerir que a pessoa cole um bilhete no despertador ou no local que usualmente visualiza ao acordar.

Sessão 2

Uma boa sugestão é sempre retomar a prática de uma sessão anterior para introduzir uma sessão nova
Tema: Respirar é natural (natural, simples e fácil).
Foco do aprendizado: Sentindo a respiração, sua naturalidade, seu ritmo, sua profundidade e intervalos, corpo respirando. Consciência do corpo respirando. Ênfase no sentir e na diminuição da verbalização.
Introduzindo a sessão: Dormiram bem? Vocês comeram bem? Como foi a semana?
Práticas reforçadas ou práticas complementares
-Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade (prática reforçada), pág.39.
-Compartilhamento: O que vocês aprenderam sobre vocês ao realizarem a prática hoje? O que foi diferente desta vez?
Intervalo 15 minutos.
Prática Principal:
-Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, pág.41 até a metade do *script.*
-Compartilhamento.
-Aproveitando comentários durante o compartilhamento, propor o exercíçio do Desenho da respiração. No final, perguntar onde sentiram a respiração, como ficou o desenho? O que acharam?
Podemos compartilhar os desenhos entre os participantes.
Tarefas da semana:
Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado por 15 minutos (Áudio).
Informal: Sentindo a respiração ao longo do dia.
Mudança de hábito:
Ao notar a presença do estresse, antes de realizar uma ação ou reagir diante de uma situação, permita-se parar e se reconectar com a respiração, realizando 3 respirações conscientes.

Sessão 3

Tema: Mantendo o corpo consciente
Foco do aprendizado:
Recordando a conexão mente e corpo como instrumento de investigação. Sentir o corpo em sua inteireza, reconhecendo-o como um porto seguro, como um estar em casa confortavelmente, reconciliando mente e corpo.
Prática Reforçada/Complementar
-Prática dos 9 Sopros, seguida de Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado pág.41 sucinto (10 minutos).
-Dormiram bem? Vocês comeram bem? Como foi a semana?
-Alimentar-se conscientemente: Desenvolvendo *Mindfulness* na Alimentação - Prática Uva Passa, pág.71.
Intervalo de 15 minutos a 20 minutos com a orientação de continuar a prática durante o lanche.

-Compartilhamento
Prática Principal
-Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo - Consciência Corporal 1, pág.52.
-Compartilhamento.
Tarefas da semana:
-Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo – 20 minutos (Áudio);
-Informal: Sentindo o corpo durante o banho.
Mudança de Hábito:
-Ao acordar e ao dormir sentir as necessidades do corpo, permita-se preparar a si mesmo e o ambiente para acordar e/ou dormir, espreguiçando, alongando e respirando.

Sessão 4

Tema: Simplesmente ser
Foco do aprendizado:
Sentindo que o corpo e a mente apreciam estar no momento presente. Apreciando o ser e reconhecendo a mente de principiante. Aceitando o que estiver acontecendo assim como é, no momento presente (indo para o não julgamento).
Prática Reforçada/Complementar
- Prática dos 9 Sopros, seguido de Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo (sucinto10 minutos)
-Como foi a semana? Comeram e dormiram bem? (10 a 15 minutos)
-Reavaliar o Nível de Estresse.
Prática Principal
-Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento (alongando e flexionando).
Postura sentado, permitindo micro ajustes e expansão das sensações entre um movimento e outro:
1- Rotação da cabeça (3/4 de rotação)
2- Ombros (um para frente e outro para trás)
3- Suspensão do joelho
*Pontos importantes para a prática:
- respiração boca-nariz;
- repouse depois do movimento, por 5-10 minutos, expandindo as sensações (agradáveis ou desagradáveis) estimuladas pelo movimento.
Intervalo 15 minutos
Prática principal:
-Desenvolvendo *Mindfulness* Andando Lentamente (pág.44).
-Compartilhamento.
Tarefa da semana:
Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* Andando Lentamente (10 a 15 minutos).
Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado 10 a 20 minutos (Áudio versão sucinta);
Informal: Sentindo seu corpo durante os trajetos no dia-a-dia.
Mudança de hábito:
-Permita-se fazer caminhos/trajetos diferentes dos habituais.

Sessão 5

Tema: Momento a momento
Foco do aprendizado: Estar ciente em todos os momentos; estar ciente da impermanência, de que mudanças ocorrem, momento a momento, em nosso corpo, nossa respiração, nossa aparência, nossas experiências, nossos pensamentos, e também nas coisas materiais. Aos poucos, favorecendo a consciência do desapego (let it go).
Estar aqui e agora: "*Where you go, there you are*".
Prática reforçada/ Complementar
-Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado, pág.41, roteiro completo.
-Compartilhamento.
Intervalo 15 minutos.
Prática Principal:
-Desenvolvendo *Mindfulness* Caminhando, pág.46, *4 suportes
-Compartilhamento
Tarefas da semana:
Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento (10 a 15 minutos) e Desenvolvendo *Mindfulness* Caminhando (20 minutos).
Informal: Permita-se realizar uma tarefa apenas após concluir uma anterior.
Mudança de Hábito:
-Quando sentir um desconforto no corpo em movimento ou em qualquer postura, permita-se expandir essa sensação ("expandir": dar espaço, tomar consciência da área/região, permitir que a sensação esteja ali tal como é, sem forçá-la ou bloqueá-la).
*Importante: expandir não significa aumentar a intensidade da sensação.
-Desfazer-se de um objeto que não usa.

Sessão 6

Tema: Acolhendo as emoções (instrutor usar roupas com cores em tons de rosa)
Foco do aprendizado: Tomar consciência das emoções, sua transitoriedade, impermanência, nuances, conforto ou desconforto; acolhendo a experiência vivenciada com as emoções e desenvolvendo autocompaixão.
Prática reforçada/ Complementar
-Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado pág.41 sucinto (10 minutos)
-Atividade Complementar: em pares, preferencialmente com pessoas de pouca convivência, compartilhar um de cada vez os motivos pelos quais decidiu participar do programa e continua participando. Escutar de forma compassiva e empática, sentindo a si mesmo ao escutar o outro e ao ser escutado. Reflexão para esta prática: O que vocês aprenderam sobre si mesmos quanto escutam o outro e quando escutam a si mesmo? É diferente? Como o corpo sente?
Intervalo 15 minutos.
Prática principal:
-Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo - Sorriso Interior, pág.48.
Tarefas da semana:

Formal: Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo - Sorriso Interior, 15 minutos (Áudio).
Formal: Permita-se escolher dentre as práticas já experienciadas (20 minutos).
Mudança de Hábito:
Nossas emoções são dependentes de nossos hábitos. Cada dia deve ser olhado como um novo dia; e ele realmente é! Então vamos mudar os hábitos e ver o que acontece?
-Ao vestir a calça ou a manga de uma camisa (ao se vestir) iniciar por uma perna ou braço contrário ao habitual.
-Trocar o lugar onde se senta para as refeições e/ou trocar o lado da cama onde dorme.

Encontro de Imersão (4 horas):

Tema: Acalmando coração e mente
Foco do aprendizado:
Aprofundar as práticas e apreciar o silêncio. Desenvolver compaixão e bondade amorosa. Dar oportunidade para que as pessoas pratiquem profundamente as técnicas aprendidas.
Práticas reforçadas - Sequência das atividades:
08h15 Recepção dos participantes.
09h às 09h15 - Introdução/Acolhimento
1- Prática dos 9 Sopros: Seguidamente, ainda de olhos fechados convidar aos participantes recordar a motivação para estar no programa e no encontro, bem como os benefícios que alcançamos praticando *Mindfulness*. Permitir que os participantes se apresentem brevemente. Informar: A partir de agora, entraremos em uma série de práticas, todas em silêncio.
09h15 às 09h45
2- Desenvolvendo o Relacionamento com a Gravidade e Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento.
09h45 às 10h30
3- Desenvolvendo *Mindfulness* Andando Lentamente 15 minutos.
4- Desenvolvendo *Mindfulness* Caminhando na natureza (quatro suportes da caminhada), 25 minutos.
10h30 às 11h00
5- Sinalizar o término da prática. Convidar para a alimentação em silêncio, aproveitando a oportunidade para sentir o processo de chegada do alimento ao corpo.
6- Lanche em silêncio e uso de banheiro.
11h00 às 11h30
7- Desenvolvendo *Mindfulness* no Corpo: Prática das Bolhas.
11h30 às 12h30
8- Intervalo de 10 minutos para banheiro e água com a orientação de que todos mantenham o estado de *Mindfulness*.
9- Desenvolvendo Autocompaixão com Toques Sutis (10 minutos)
10- Desenvolvendo Compaixão em Duplas (1.Atenção: contar 10 respirações conscientes, primeiro de olhos fechados e depois de olhos abertos; 2.Empatia: sentir a presença do outro, suas possíveis emoções e sentimentos, primeiro de olhos fechados e depois de olhos abertos; 3.Compaixão: desejar que o outro seja feliz, que tenha paz e que seja livre do sofrimento e do medo, primeiro de olhos fechados e depois de olhos abertos).

12h30 às 13h00
11- Compartilhamento e Encerramento.

Sessão 7

Tema: Vivendo *Mindfulness*
Foco do aprendizado: Tomar consciência do começo, meio e fim das formações mentais (pensamentos, sons, verbalizações).
Prática Reforçada
-Desenvolvendo *Mindfulness* Sentado (sem roteiro), muito breve, com minutos de silêncio, percebendo as sensações, inquietações, pensamentos e sons externos.
Prática Principal:
Desenvolvendo *Mindfulness* com foco na Respiração, Sensações, Sons e Pensamentos.
*Roteiro adaptado de Bowen, Chawla e Marlatt (2010).
Intervalo 15 minutos em Silêncio
Prática Reforçada
-Desenvolvendo *Mindfulness* em Movimento (alongando e flexionando).
Postura sentado, permitindo micro ajustes e expansão das sensações entre um movimento e outro:
1-Rotação da cabeça (3/4 de rotação)
2-Ombros (um para frente e outro para trás)
3-Suspensão do joelho
*Pontos importantes para a prática:
- respiração boca-nariz;
- repouse depois do movimento, por 5-10 minutos, expandindo as sensações (agradáveis ou desagradáveis) estimuladas pelo movimento.
Tarefas da semana:
Formal: Prática da Respiração, Sensações, Sons e Pensamentos - 20 minutos (Áudio)
Informal: Cultivar a consciência de pensamentos, sons, sensações e emoções ao longo do dia, permitindo-se apenas reconhecer essas formações mentais.
Obs.: Convidar os participantes a levar uma canção, poema, trecho de livro, ou qualquer objeto que represente *Mindfulness* para eles.
Mudança de hábito:
Ao tomar consciência de uma agitação interna, inquietação ou dor, permita-se cuidar de você com toques sutis de autocompaixão em seu corpo, convidando-o a se acalmar, com gentileza.

Sessão 8

Tema: Cultivando paz
Foco do aprendizado: Cultivar *Mindfulness* e a paz; Sustentabilidade das práticas; Sentir conscientemente as emoções; Cultivar a bondade amorosa, empatia, compaixão; Sentindo Paz e compartilhando com todos os seres.
Prática Reforçada
- Prática dos 9 Sopros seguida de Desenvolvendo Autocompaixão com Toques Sutis.

- Compartilhamento
- Compartilhando desafios, facilitadores, reflexões e sugestões para dar continuidade às práticas.

Dicas para a sustentabilidade das práticas:

1- Lembrar-se de sua principal motivação. Cole-a no teto do quarto ou no espelho do banheiro. Num local que te faça lembrar diariamente que praticar *Mindfulness* é bom!
2- Pense no tempo que você gasta por dia com sua higiene corporal. Você deixa de fazê-la? Tente pensar nas práticas de *Mindfulness* como sua higiene mental, pois é isso que ela faz!
3- Praticar em dupla ou em grupo; frequentar os encontros de *Mindfulness* no parque , na comunidade etc.
4- Planejar-se antecipadamente, respondendo à pergunta: O que você vai fazer para não desistir quando você quiser desistir? (Ex: resgatar a lembrança de sua principal motivação; lembrar-se ou até mesmo ligar para uma pessoa próxima que geralmente fortalece a sua perseverança; etc).

Intervalo 15 minutos.

Prática principal:

- Prática da Bondade Amorosa, cultivando a paz de todos os seres, pág.63.

Finalização:

1- Sarau: Permitir que cada participante compartilhe aquilo que trouxe para o encontro como representação de *Mindfulness* para si mesmo, nesse momento.
2- Carta para mim mesmo: convidar aos participantes escrever uma carta para si próprio respondendo "Como eu quero estar daqui a 6 meses? O que estou vivenciando hoje, o que representa *Mindfulness* para mim hoje e o que eu espero para o futuro com relação às práticas e com relação a outros aspectos da vida que me são importantes e que quero contar para mim mesmo". Tudo isso como uma mensagem para si mesmo. (Pedir que coloquem o endereço no final da carta para que possamos enviar por correio após seis meses).

"A oitava semana é o (início do) resto de sua vida."

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do CEP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ofício CEP-EERP/USP nº 060/2018, de 02/04/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) em 27 de março de 2018.

Protocolo CAAE: 58376016.0.0000.5393

Projeto: Protocolo Baseado em Mindfulness na Redução de Estresse de Trabalhadores de uma Universidade do Interior Paulista: Ensaio Clínico Randomizado

Pesquisadores: Larissa Bessani Hidalgo Gimenez
Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - Escala do Estresse Percebido (PSS14)

Escala do Estresse Percebido (PSS14)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:
0= nunca
1= quase nunca
2= às vezes
3= quase sempre
4= sempre

Nesse último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

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 suportar
2	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
	2	Acho que nada tenho a esperar
	3	Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3	0	Não me sinto um fracasso
	1	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
	2	Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
	3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
4	0	Tenho tanto prazer em tudo como antes
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes
	2	Não encontro um prazer real em mais nada
	3	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
5	0	Não me sinto especialmente culpado
	1	Eu me sinto culpado grande parte do tempo
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
	3	Eu me sinto sempre culpado
6	0	Não acho que esteja sendo punido
	1	Acho que posso ser punido
	2	Creio que vou ser punido
	3	Acho que estou sendo punido
7	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo
	1	Estou decepcionado comigo mesmo
	2	Estou enojado de mim
	3	Eu me odeio

8	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
	1	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9	0	Não tenho quaisquer idéias de me matar
	1	Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
	2	Gostaria de me matar
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade
10	0	Não choro mais que o habitual
	1	Choro mais agora do que costumava
	2	Agora, choro o tempo todo
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
	2	Agora, eu me sinto irritado o tempo todo
	3	Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
12	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
	3	Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13	0	Tomo decisões tão bem quanto antes
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
	2	Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
	3	Absolutamente não consigo mais tomar decisões
14	0	Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
	1	Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
	2	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
	3	Acredito que pareço feio
15	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes
	1	É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
	3	Não consigo mais fazer qualquer trabalho
16	0	Consigo dormir tão bem como o habitual
	1	Não durmo tão bem como costumava
	2	Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17	0 Não fico mais cansado do que o habitual
	1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
	2 Fico cansado em fazer qualquer coisa
	3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual
	1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
	2 Meu apetite é muito pior agora
	3 Absolutamente não tenho mais apetite
19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
	1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
	2 Perdi mais do que 5 quilos
	3 Perdi mais do que 7 quilos
	Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
	1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
	2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
	3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
	1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
	2 Estou muito menos interessado por sexo agora
	3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO D - Inventário Ansiedade de Beck (BAI)

Inventário Ansiedade de Beck (BAI)

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

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

ANEXO E - ***Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)***

Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)

	Nunca	Uma vez ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho							
2. Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho							
4. Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão pra mim							
5. Sinto-me acabado por causa do meu trabalho							
6. Só desejo fazer o meu trabalho e não ser incomodado							
7. Sou menos interessado no meu trabalho desde que assumi essa função							
8. Sou menos entusiasmado com o meu trabalho							
9. Sou mais descrente sobre a contribuição do meu trabalho para algo							
10. Duvido da importância do meu trabalho							
11. Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho							
12. Realizo muitas coisas valiosas no meu trabalho							

13. Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho							
14. Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização							
15. Na minha opinião, sou bom no que faço							
16. No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam							

ANEXO F - Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR)

Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR)

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

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

1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo.
1 2 3 4 5

2) Sou bom para encontrar palavras que descrevem os meus sentimentos.
1 2 3 4 5

3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.
1 2 3 4 5

4) Eu percebo meus sentimentos e emoções, sem ter que reagir a eles.
1 2 3 4 5

5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.
1 2 3 4 5

6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta as sensações da água no meu corpo.
1 2 3 4 5

7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.
1 2 3 4 5

8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.
1 2 3 4 5

9) Eu observo meus sentimentos, sem me perder neles.
1 2 3 4 5

10) Eu digo a mim mesmo que não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.
1 2 3 4 5

11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.
1 2 3 4 5

12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.
1 2 3 4 5

13) Eu me distraio facilmente.
1 2 3 4 5

14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.
1 2 3 4 5

15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.
1 2 3 4 5

16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.
1 2 3 4 5

17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.
1 2 3 4 5

18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.
1 2 3 4 5

19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu "dou um passo atrás" e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por elas.
1 2 3 4 5

20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.
1 2 3 4 5

21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente
1 2 3 4 5

22) Quanto tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la, porque não consigo encontrar as palavras certas.
1 2 3 4 5

23) Parece que eu estou "funcionando no piloto automático" sem muita consciência do que eu estou fazendo.
1 2 3 4 5

24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.
1 2 3 4 5

25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como eu estou pensando.
1 2 3 4 5

26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.
1 2 3 4 5

27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.
1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

39) Eu me reprovo quando tenho idéias irracionais

1 2 3 4 5