



**UNIVERSIDADE ESTADUAL
PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO” FACULDADE DE MEDICINA**

Pedro Henrique Leonetti Habimorad

**Efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na
qualidade de vida, atenção plena e autocompaixão de
profissionais de
saúde mental: ensaio clínico randomizado piloto**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Pavão Patrício
Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Botucatu

Pedro Henrique Leonetti Habimorad

**Efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na
qualidade de vida e autocompaixão de profissionais de
saúde mental: ensaio clínico randomizado piloto**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” (Unesp), Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Pavão Patrício
Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Botucatu
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Habimorad, Pedro Henrique Leonetti.

Efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na qualidade de vida e autocompaixão de profissionais de saúde mental : ensaio clínico randomizado piloto / Pedro Henrique Leonetti Habimorad. - Botucatu, 2023

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Karina Pavão Patrício

Coorientador: Marcelo Marcos Piva Demarzo

Capes: 40602001

1. *Mindfulness*. 2. Terapias Complementares. 3. Saúde mental. 4. Qualidade de vida. 5. Autocompaixão.

Palavras-chave: Autocompaixão; *Mindfulness*; Qualidade de vida; Saúde mental; Terapias complementares.

Pedro Henrique Leonetti Habimorad

Efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na
qualidade de vida e autocompaixão de profissionais de
saúde mental: ensaio clínico randomizado piloto

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” (Unesp), Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Pavão Patrício

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva
Demarzo

Comissão examinadora

Profa. Dra. Karina Pavão Patrício
FMB-UNESP

Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho
Nascimento
FMB-UNESP

Profa. Dra. Patricia Rodrigues Sanine
OPAS - MS

Prof. Dr. Luis Carlos Serramo Lopez
UFPB

Prof. Dr. Rogerio Ceravolo Calia
USP

Botucatu, 8 de Dezembro de 2023.

Dedico a meus pais, Maria de Fatima e Lourival (*In memoriam*), que sempre me deram todo amor e liberdade para que eu pudesse trilhar meu caminho.

À Ana Luiza, minha companheira, que vibra com minhas conquistas.

Aos meus filhos João Gabriel e Lia, meus tesouros.

À minha irmã Maira que me inspira e apoia.

À minha sogra Elen, que me revelou a importância do SUS, me inspirando e apoiando durante toda a vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Karina Pavão Patricio, minha orientadora, que me deu liberdade e limite na medida certa para este trabalho e que, com eterna paciência, suportou minhas idas e vindas.

Ao Prof. Dr. Marcelo Demarzo, meu coorientador, que além de me formar em *mindfulness*, me inspirou e me ajudou a tecer este trabalho.

À Marly Tieghi, Diretora do CAIS Professor Cantídio, que sempre manteve as portas abertas para receber e apoiar meus projetos.

Aos servidores do CAIS Professor Cantídio que participaram da intervenção e da pesquisa, minha eterna gratidão.

Ao Prof. Dr. Hélio Rubens Carvalho Nunes, que muito nos auxiliou na análise estatística da tese.

Aos colegas do Grupo GEPICS, Fernanda Catarucci, Ivan Beteto, Vania Hercília Talarico e Caito que muito me auxiliaram na execução deste trabalho.

À Luciene, secretária da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sempre pronta para ajudar!

Sem vocês esse trabalho não seria possível!

*“O que melhora o atendimento é o contato
afetivo de uma pessoa com a outra. O que
cura é a alegria, o que cura é a falta de
preconceito.”*

Nise da Silveira

RESUMO

HABIMORAD, P.H.L. **Efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* na qualidade de vida e autocompaixão de profissionais de saúde mental: ensaio clínico randomizado piloto.** 2023. 63f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2023.

O trabalho em saúde mental é atravessado por inúmeros fatores estressores que trazem prejuízos à qualidade de vida dos profissionais. No contexto da reforma psiquiátrica brasileira tais fatores somam-se aos novos desafios assumidos e ao cenário de precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), podendo acarretar o desenvolvimento da fadiga da compaixão ou mesmo da síndrome de *burnout*. Por outro lado, evidências apontam que as Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) são ferramentas com grande potencial na prevenção destas condições em profissionais de saúde mental. Desta forma, o presente estudo tem como principal objetivo investigar os efeitos de um IBM na qualidade de vida, atenção plena e autocompaixão de profissionais da saúde mental de uma instituição pública estadual que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Botucatu-SP. **Métodos:** Foi conduzido um estudo piloto não cego controlado e randomizado com 47 profissionais de saúde mental diretamente ligados à assistência aos usuários dos serviços. Foram incluídos no estudo os profissionais que desejaram participar da intervenção, que mantinham contato direto com os usuários e que não apresentavam doença física e/ou mental em estado agudo. Os participantes foram aleatorizados em dois grupos: intervenção (n=26), que realizou um treinamento de 8 semanas de *mindfulness* em agosto de 2018; e controle (n=21), que permaneceu em lista de espera. Foram excluídos do estudo aqueles sujeitos que não preencheram corretamente os instrumentos e que tiveram frequência menor que 50% da intervenção, totalizando 35 participantes. Os grupos foram comparados em relação as pontuações nos instrumentos antes e após a intervenção, por meio do ajuste de modelos de regressão linear múltipla com resposta Normal considerando no componente determinístico do modelo as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na fase bivariada. No modelo final, as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. **Resultados:** A comparação entre os grupos não indicou impacto da IBM na qualidade de vida geral dos participantes, embora tenham sido observados um aumento estatisticamente não significativo de atenção plena ($\beta=4,21$; $p=0,309$), um aumento estatisticamente significativo da autocompaixão ($\beta=13,82$;

$p=0,017$) e da dimensão ambiental da qualidade de vida ($\beta=1,45$; $p=0,011$). **Conclusão:** Os resultados sugerem que a IBM pode impactar na autocompaixão dos profissionais de saúde mental, ampliando suas capacidades para lidar com o próprio sofrimento e com o dos pacientes que acolhem. Recomenda-se a realização de estudos com uma amostra representativa desta população que permita generalização dos dados, bem como estratégias para aumento da adesão dos participantes à IBM.

Descritores: atenção plena; terapias complementares; saúde mental; qualidade de vida; autocompaixão.

ABSTRACT

HABIMORAD, P.H.L. **Effects of a *mindfulness*-based intervention on quality of life and self-compassion of mental health professionals: a pilot randomized clinical trial.** 2023. 63p. Thesis (Doctorate in Collective Health) - Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2023.

Mental health work is permeated by numerous stressors that harm the quality of life of professionals. In the context of the Brazilian psychiatric reform, these factors add to the new challenges assumed and the scenario of precarious work in the Unified Health System (SUS), which can lead to the development of compassion fatigue or even burnout syndrome. On the other hand, evidence indicates that Mindfulness-Based Interventions (MBI) are tools with great potential in preventing these conditions in mental health professionals. Therefore, the main objective of this study is to investigate the effects of an IBM on the quality of life, mindfulness and self-compassion of mental health professionals from a state public institution that make up the Psychosocial Care Network (PCN) in the city of Botucatu- SP. **Methods:** A non-blind, controlled and randomized pilot study was conducted with 47 mental health professionals directly involved in assisting service users. The study included professionals who wished to participate in the intervention, who maintained direct contact with users and who did not have an acute physical and/or mental illness. Participants were randomized into two groups: intervention (n=26), which carried out an 8-week mindfulness training in August 2018; and control (n=21), who remained on the waiting list. Those subjects who did not correctly fill out the instruments and who attended less than 50% of the intervention were excluded from the study, totaling 35 participants. The groups were compared in relation to the scores on the instruments before and after the intervention, through the adjustment of multiple linear regression models with a Normal response, considering in the deterministic component of the model the variables that presented a value of $p < 0.20$ in the bivariate phase. In the final model, associations were considered statistically significant if $p < 0.05$. **Results:** The comparison between the groups did not indicate an impact of IBM on the participants' general quality of life, although a statistically non-significant increase in mindfulness ($\beta=4.21$; $p=0.309$), a statistically significant increase in self-compassion ($\beta=13.82$; $p=0.017$) and in the environmental dimension of quality of life ($\beta=1.45$; $p=0.011$) were observed. **Conclusion:** The results suggest that IBM can impact the self-compassion of mental health professionals, expanding their capabilities

to deal with their own suffering and that of the patients they care for. It is recommended that studies be carried out with a representative sample of this population that allows generalization of the data, as well as strategies to increase participants' adherence to IBM.

Descriptors: mindfulness; complementary therapies; mental health; quality of life; self-compassion.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Conteúdo nuclear do <i>Mindfulness</i> Based Health Promotion (MBHP)....	27
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Botucatu, 2018.....	32
Tabela 2 - Medianas das pontuações dos grupos intervenção e controle nas escalas MAAS, SCS e WHOQOL antes e após a intervenção. Botucatu, 2018.....	33
Tabela 3 - Regressão linear normal para explicar a pontuação WHO QoL BREF no momento final do estudo. Botucatu, 2018.....	34
Tabela 4 - Regressão linear normal para explicar a pontuação da SCS no momento final do estudo. Botucatu, 2018.....	35
Tabela 5 - Regressão linear normal para explicar a pontuação da SCS no momento final do estudo. Botucatu, 2018.....	35
Tabela 6 - Comparação entre os grupos de profissionais da saúde mental em relação aos domínios da escala WHO-QOL. Botucatu, 2018.....	36
Tabela 7 - Comparação entre os grupos de profissionais da saúde mental em relação aos domínios da SCS. Botucatu, 2018.....	37.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma CONSORT.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DBT	Dialectical Behavioral Therapy
DRS VI	Departamento Regional de Saúde VI
EAP	Escritório de Apoio à Pesquisa
GC	Grupo Controle
GEPICS	Grupo de Estudos e Práticas de Integralidade do Cuidado em Saúde
GI	Grupo Intervenção
IBM	Intervenção Baseada em <i>Mindfulness</i>
MAAS	Mindfulness Attention Awareness Scale
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy
MBHP	Mindfulness Based Health Promotion
MBRP	Mindfulness Based Relapse Prevention
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
NEESMT	Núcleo de Engenharia e Estatísticas em Saúde e Medicina do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SCS	Self Compassion Scale
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO QoL BREF	World Health Organization Quality of Life Abreviate

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 Qualidade de vida de profissionais de saúde mental	18
2.2 As Intervenções Baseadas em <i>Mindfulness</i> (IBM) e a qualidade de vida de profissionais de saúde	21
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Participantes	24
4.3 Intervenção	26
Fonte: Trombka, et.al., 2021, p.5.....	27
4.4 Desfechos.....	28
4.5 Randomização.....	30
4.6 Análise Estatística.....	30
4.7 Aspectos éticos.....	30
5 RESULTADOS	32
5.1 Fluxograma Consort	32
5.2 Perfil sociodemográfico dos participantes.....	33
5.3 Análise por desfechos	34
5.4 Análise por domínios.....	37
6.1 Qualidade de vida	39
6.2 <i>Mindfulness</i>	40
6.3 Autocompaixão	41
8.1 Considerações finais.....	44
ANEXOS.....	49

1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho pode ser compreendido como o encerramento de um ciclo em minha biografia profissional dentro do campo da Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Meu interesse pela meditação surge através do budismo tibetano, quando em 2003 entrei em contato pela primeira vez com os mestres da linhagem Ngagso, Lama Gangchen Rinpoche (*In memoriam*), Lama Michel Rinpoche e Lama Caroline Gamon, que me introduziram à prática de auto cura através de uma abordagem budista adaptada a vida ocidental.

Este contato me proporcionou um aprofundamento na tradição budista, que aconteceu principalmente através da prática da meditação, mas também através de diversas peregrinações com estes mestres por lugares sagrados dentro desta tradição, como Índia, Nepal, Indonésia e Tibete.

Desde então continuo seguindo seus ensinamentos e buscando praticar dentro desta abordagem, embora tenha também entrado em contato com outras tradições, budistas e não budistas, como o Vipassana, o Yoga e o Ayurveda onde também pude alicerçar minha prática pessoal no caminho do autoconhecimento.

Em 2006, quando conheci minha companheira de vida e me mudei para Botucatu, retomei os estudos em Psicologia na Faculdade de Ciências - UNESP, interrompidos em 2002 na Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), muito incentivado pela minha sogra, médica sanitária, que me colocou em contato com Dra. Sueli Terezinha Martins, psicóloga social e professora da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP).

Desde o início, minha graduação foi marcada pela participação no grupo de estudos de Psicologia Sócio Histórica da Profa. Sueli, onde aprendi sobre o materialismo histórico dialético, a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial e a saúde mental no SUS. Com ela realizei a iniciação científica, estudando a percepção de profissionais da atenção primária sobre o abuso de drogas no território.

No quarto ano da faculdade, passei em um concurso como oficial de saúde em um antigo hospital psiquiátrico de Botucatu, o atual Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Professor Cantídio de Moura Campos, uma instituição ligada a administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), onde tive meu primeiro contato com a saúde mental trabalhando como assistente administrativo da gerência dos

serviços assistenciais.

Quando me graduei, fui promovido para o cargo de Diretor da Unidade de Internação, no qual atuei durante um ano e meio. Eu, um rapaz branco da classe média paulistana, praticante de Yoga e Ayurveda precisei aprender a lidar com a realidade objetiva do SUS, especialmente no contexto da psiquiatria. Neste período surgiram inúmeras questões de difícil elaboração. Se por um lado havia uma grande vontade de compreender os transtornos mentais sob uma lógica alternativa à psiquiátrica e o desejo de poder oferecer um tratamento alternativo ao que eu via nos corredores da enfermaria, por outro, imperava a dureza da instituição, a realidade do trabalho precarizado no SUS e o adoecimento dos profissionais.

Um primeiro esforço em encontrar caminhos se materializou no mestrado em saúde coletiva, cuja dissertação consistiu em uma revisão integrativa sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS. Eu acreditava que a inclusão destas abordagens no campo da saúde mental relativizava a racionalidade médica convencional e, ao mesmo tempo, permitia a diversos profissionais integrar em suas atividades na instituição a prática das PICS que, há algum tempo, já desenvolviam em seus consultórios privados.

Ao defender a dissertação eu já havia me transferido para outro serviço de convivência fora da área hospitalar, a Oficina Terapêutica Estação Girassol, onde realizei a maior parte da minha trajetória em saúde mental, nos 8 anos seguintes. Durante este período, ingressei no Grupo de Estudos e Práticas da Integralidade do Cuidado em Saúde (GEPICS) da Professora Karina Pavão, minha atual orientadora, onde fui aprendendo as bases teóricas e metodológicas da pesquisa em PICS.

Na Oficina Girassol tive a oportunidade de me realizar como profissional, especialmente porque pude colocar as PICS a disposição daquela população. Ao longo destes anos estruturamos com grande esforço de articulação a horta de plantas medicinais, um ambulatório de Reiki, atividades de consciência corporal, Arte Terapia e Dança Circular.

Apesar disso, eu sentia que a prática com a qual tinha mais familiaridade, a meditação, ainda não era algo que eu sentia poder oferecer naquele contexto, tanto pela sua relação com as tradições e contextos ditos “religiosos”, quanto pela dificuldade que a maioria dos usuários teriam de coloca-la em prática. Foi então que entrei pela primeira vez em contato com o *mindfulness*, realizando um curso de oito semanas com a professora Rita Kawamata em Botucatu. A abordagem laica e estruturada do programa me interessou muito e quando surgiu a primeira turma do Centro Mente Aberta -

UNIFESP de Especialização em *Mindfulness* aplicado a Saúde, me matriculei.

De 2017 a 2018 cursei a especialização sob a coordenação do Professor Marcelo Demarzo (coorientador deste trabalho), cujo Trabalho de Conclusão de Curso consistiu na oferta de um curso piloto de 8 semanas do protocolo *Mindfulness Based Health Promotion* (MBHP) do Centro Mente Aberta – UNIFESP, para os profissionais de saúde mental do CAIS Professor Cantídio.

Neste mesmo ano, através da Comissão de Qualidade de Vida do CAIS, a Diretoria Técnica estruturou um Programa de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no qual, dentre outras práticas, como acupuntura e yoga, tive a oportunidade de novamente oferecer o *mindfulness* aos profissionais da instituição.

Visto que eu ainda mantinha um vínculo com o GEPICS, o ingresso no Doutorado tornou-se uma possibilidade e então optei por realizar minha pesquisa tomando por objeto uma das intervenções em *mindfulness* oferecidas. A ideia da pesquisa me parecia interessante mas desde o início a minha principal motivação era poder investigar se a meditação poderia oferecer um alívio aos meus colegas.

Eu resistia em aceitar que muitos dos cuidadores daquela instituição, tão criticados por suas práticas manicomiais, eram pessoas ruins. Ao meu ver muitos deles estavam tão adoecidos quanto os usuários, dessensibilizados em relação ao outro, porém, também, em relação a si próprios.

Quando ingressei no doutorado no fim de 2018 o projeto já havia sido executado e na disciplina de metodologia científica foi sugerido que, dado o tempo que havia pela frente, eu realizasse uma nova intervenção, porém, com um número maior de participantes. Diante disso, reescrevi o projeto e providenciei todos os trâmites necessários para executá-lo com os profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB).

Todavia, com a pandemia da COVID-19 as atividades grupais foram suspensas no hospital impossibilitando a realização do estudo e, com a demora da flexibilização das medidas de segurança, decidi propor uma alteração no projeto.

Em parceria com o Centro Mente Aberta-UNIFESP propusemos à Coordenadoria de Saúde Mental da SES-SP uma intervenção on-line para todos os servidores do estado através do Programa Autoestima, realizado através de uma plataforma digital voltada para treinamento e autocuidado dos profissionais de saúde da SES-SP.

Inicialmente este projeto foi aceito, porém, após um período o mesmo foi declinado pela SES-SP. Por esta razão, o curso do doutorado ficou suspenso, tanto pela inviabilidade de execução do projeto, quanto pela minha falta de motivação.

Foi neste período que se iniciou uma grande mudança na minha trajetória, motivada pela necessidade de me alinhar melhor ao meu desejo profissional e, ao mesmo tempo, pela urgência em ter mais tempo para mim e para minha família. Pedi a exoneração do Estado e me concentrei na minha prática como psicólogo clínico, a qual eu já vinha construindo há alguns anos.

Ao sair do papel de gestor e atuar apenas como terapeuta naturalmente me senti mais pleno e consegui organizar melhor meu tempo, dando espaço ao convívio familiar, ao autocuidado e a minha formação como terapeuta de *Sandplay*, uma técnica psicoterapêutica não verbal onde encontrei meu caminho como psicólogo clínico.

Em 2022, quando iniciei um projeto utilizando esta técnica com um grupo de voluntários e crianças em um bairro vulnerável de Botucatu, senti que o doutorado poderia fazer sentido novamente, me possibilitando outros voos acadêmicos na área da Psicologia. Retomei o antigo projeto já realizado no CAIS Professor Cantídio, que se tornou, afinal, a presente tese.

Mesmo ainda não sabendo o que pode se desdobrar a partir deste trabalho, e apesar de todos os percalços internos e externos que encontrei para finalizá-lo, espero que ele possa representar uma contribuição à pesquisa sobre o *mindfulness* e a autocompaixão no campo da Saúde Coletiva e, fundamentalmente, para a qualidade de vida de tantos profissionais de saúde mental no Brasil que insistem em amar o que fazem.

Que possam também amar a si próprios!

2 INTRODUÇÃO

2.1 Qualidade de vida de profissionais de saúde mental

Em sua aproximação ao campo da saúde, o conceito de qualidade de vida ampliou a própria concepção de saúde, situando-o em uma posição afirmativa e referenciada à complexidade da vida, em suas diferentes dimensões.

Como um conceito polissêmico e multidimensional, a qualidade de vida está sujeita a determinantes históricos, culturais e de classe social (MINAYO et al, 2000), bem como àqueles relacionados à saúde física, ao estado psicológico, às relações sociais e ao meio ambiente (WHO, 1995).

Segundo Minayo e colaboradores (2000) a qualidade de vida é uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos, que se referem à percepção do indivíduo em relação à sua vida, mas também de parâmetros objetivos, que tomam por referência a satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Apesar da multidimensionalidade do conceito, a literatura sobre a qualidade de vida de profissionais de saúde mental, objeto do presente estudo, revela que as condições de trabalho representam o âmbito de maior impacto na satisfação desta população em relação às suas vidas.

Em um estudo com 207 profissionais de saúde mental, visando avaliar a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, De Marco et. al. (2008) concluíram que embora os profissionais se sintam mais satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho em equipe, consideram importante a melhoria nas condições do trabalho, mais especificamente na infraestrutura física dos serviços e nos recursos humanos e materiais para atendimento da demanda.

Corroborando estes dados, a revisão sistemática de Mascarenhas et al (2013) destacam que os fatores que mais contribuem para diminuição da qualidade de vida de profissionais de saúde brasileiros são o excesso de trabalho, os altos esforços, o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, a insegurança no trabalho, as inadequadas condições de trabalho e a insatisfação com os recursos financeiros recebidos.

O trabalho em saúde mental no Brasil tornou-se muito complexo principalmente a partir das diretrizes estabelecidas pela Lei no. 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica, quando se deu o marco legal da mudança do antigo modelo de atenção e gestão da

assistência, que deu lugar ao investimento na atenção psicossocial dos usuários e no protagonismo de profissionais e usuários dos serviços na produção do cuidado.

A nova política tomou por referência as experiências de reforma psiquiátrica francesa e italiana, bem como as diretrizes estabelecidas na Declaração de Caracas de 1991 caracterizando-se por ações das três esferas de governo e dos movimentos sociais, para efetivar a transição de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de base comunitária, descentralizado, interdisciplinar e intersetorial, no qual os leitos hospitalares passam a ser gradualmente substituídos por serviços localizados no território e articulados em rede (BRASIL, 2011).

Apesar da grande tensão política inerente a realização da Reforma Psiquiátrica brasileira as Redes de Atenção Psicossocial continuam em processo de estruturação em equipamentos distribuídos nos seus diferentes componentes, com o objetivo central de garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tais mudanças, definidas por Costa Rosa (2006) em termos de uma luta paradigmática, se processam para além do arcabouço jurídico que as sustentam pois requerem uma mudança radical para implantação do paradigma de Atenção Psicossocial, implicando em uma revisão da concepção do processo saúde-adoecimento e no modelo teórico e técnico assistencial que organiza e sustenta as práticas dos profissionais, exigindo um constante processo de formação e de supervisão institucional.

Para além das atividades técnicas de cada profissão, inúmeras habilidades que não são formalmente ensinadas, como a capacidade de comunicação, de cooperação, de liderança e resolução de conflitos interpessoais, necessárias ao trabalho em equipe e a articulação no território, precisaram ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental (ISHARA, 2007).

Contudo, é preciso observar que a implantação de tantas mudanças se efetivou em um período de grande precarização do Sistema Único de Saúde (SUS), marcada não apenas pela sensível diminuição das contratações, ocasionando grande defasagem nos quadros e sobrecarga dos profissionais, como também pelos baixos salários e piora das condições de trabalho (JORGE et.al. 2007).

Tal condição ainda permanece nos dias atuais, agravando-se ainda mais com os retrocessos da chamada “Nova Política de Saúde Mental”, caracterizada pelo incentivo a internação psiquiátrica e separação da política de álcool e drogas, que enfatizou o financiamento de comunidades terapêuticas em uma perspectiva proibicionista e

punitivista (BRASIL, 2019). Em 2020, com a extinção do credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a política de saúde mental sofreu uma outra perda significativa na atenção primária, agravando a precariedade do trabalho.

Ainda em 2020, com a pandemia da COVID-19 houve um sensível aumento das taxas de depressão e ansiedade, entre outros sintomas psicológicos na população, especialmente entre mulheres, jovens, pessoas com problemas de saúde mental pré-existent, profissionais de saúde e pessoas que vivem em condições vulneráveis. Neste sentido, os serviços de saúde mental também foram gravemente perturbados, trazendo ainda mais dificuldades para os trabalhadores da área (TAUSCH et al., 2022).

Diferentemente da maioria dos profissionais da saúde, o trabalho dos profissionais de saúde mental caracteriza-se pelo contato prolongado com pessoas em sofrimento psíquico e não requer recursos de alta complexidade para além dos espaços relacionais que mantém com os usuários, familiares e outros profissionais. Ou seja, sua especificidade depende da convivência e do vínculo afetivo com inúmeras pessoas e suas histórias de vida engendrando um tipo particular de vulnerabilidade.

Neste sentido, em um cenário de falta de recursos humanos, o engajamento excessivo com pessoas vítimas de traumas pode ocasionar o desenvolvimento do estresse traumático secundário, com sintomas análogos aos do transtorno de estresse pós-traumático que, caso não seja tratado, pode levar ao *burnout*. Quando associado ao *burnout*, o estresse traumático secundário é comumente chamado de fadiga da compaixão, embora sejam encontrados na literatura outros termos utilizados como sinônimo, como: traumatização vicária e contratransferência traumática (RAVOULA, et. al. 2019).

Figley (2002) define a fadiga da compaixão como um estado de tensão e preocupação em relação a pacientes traumatizados, marcado pela revivência dos eventos traumáticos evocados pela presença e memória dos clientes, que ocasiona a evitação do contato com tais indivíduos e a diminuição do interesse e capacidade de suportar o sofrimento alheio.

Os resultados de uma revisão sistemática de Singh, et. al. (2020) que incluiu 15 estudos quantitativos avaliando a fadiga da compaixão em profissionais de saúde mental, revelam que cinco dos estudos avaliados (n=886) apontam uma prevalência média combinada de 24,2% (n=215) de profissionais já vivenciando o *burnout*, enquanto 19,8% (n=175) dos profissionais relataram vivenciar sintomas de estresse traumático secundário. A comparação das prevalências mostra claramente que o *burnout* emerge como a condição mais frequente entre profissionais de saúde mental.

Se por um lado o estresse no trabalho diminui a qualidade de vida dos trabalhadores, favorecendo adoecimento mental e a qualidade dos relacionamentos no ambiente de trabalho, por outro afeta igualmente a qualidade dos atendimentos prestados, com impacto na adesão, tratamento e satisfação dos usuários (TAWFIC, 2019; POSPOS, 2018).

Por esta razão, a necessidade em realizar programas institucionais voltados para a melhoria da qualidade de vida, bem-estar e promoção da saúde dos profissionais da saúde mental é evidente e, embora as intervenções primárias sobre os fatores relacionados ao trabalho apresentem melhor custo benefício do que as intervenções secundárias, que envolvem o desenvolvimento das habilidades do profissional em lidar com o estresse, existem evidências de que intervenções secundárias que combinam intervenções grupais, individuais e organizacionais também podem ser eficazes para a redução de condições como a fadiga da compaixão ou o *burnout* em profissionais de saúde mental (SINGH, et.al. 2020; GRECO, 2019; BRAND, 2017; RUDAZ, 2017).

2.2 As Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (IBM) e a qualidade de vida de profissionais de saúde

O termo *mindfulness*, traduzido para o português como atenção plena, pode ser utilizado tanto para descrever um estado psicológico, quanto para se referir às técnicas e programas que visam o exercício da atenção no momento presente (KENG et al., 2011). Segundo Demarzo e Campayo (2015) existem diversas formas de definir *mindfulness* como um estado psicológico, porém, é importante que tais definições incluam: 1) a capacidade de estar atento; 2) no presente; 3) de forma intencional; e 4) com aceitação, ou seja, livre de julgamentos.

Embora tenha suas raízes em tradições orientais milenares, principalmente no Zen Budismo, o *mindfulness* se popularizou no Ocidente através do trabalho de John Kabat Zinn, professor e pesquisador da Universidade de Massachusetts nos Estados Unidos que, inspirado em técnicas aprendidas na tradição oriental, criou um programa laico de gerenciamento de estresse denominado *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), voltado para pacientes com dor crônica o qual, pela sua eficácia no manejo da dor e do estresse, logo passou a ser utilizado também para outras condições clínicas (DEMARZO E CAMPAYO, 2015).

Desde a criação do MBSR na década de 1970, diversas outras IBM foram criadas nos mais diversos campos da saúde, bem como nas áreas da educação e

organizacional. No campo da saúde, destacam-se os programas *MBSR*, *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), inicialmente criado para o manejo da depressão e *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP), criado para a prevenção de recaídas de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias (DEMARZO E CAMPAYO, 2015).

Entretanto, embora tenha se difundido como uma prática eficaz no manejo de tantas doenças e sintomas clínicos, os efeitos psicológicos e neurobiológicos da prática de *mindfulness* são os mesmos e têm sido descritos na literatura como três componentes que interagem entre si: o aumento do controle atencional, descrito como a capacidade de focalizar a atenção em um objeto; a melhora da regulação emocional, descrita como a capacidade de romper com o processamento emocional automático; e uma transformação da autoconsciência, caracterizada pela capacidade de observar os próprios estados de consciência de forma distanciada, ou meta cognitiva (TANG; HÖLZEL; POSNER, 2015).

Sabe-se que os efeitos descritos agem de forma sinérgica, embora haja um consenso de que o controle da atenção seja a porta de entrada para o desenvolvimento das outras capacidades. (HERVÁS et al., 2016). De qualquer forma, os mecanismos de *mindfulness* têm sido objeto de inúmeros estudos no campo da pesquisa básica que vêm comprovando através da neuroimagem, da encefalografia e de testes neuropsicológicos as mudanças provocadas pela prática desta técnica em aspectos funcionais e estruturais do cérebro.

Além disso, no campo da pesquisa aplicada, por meio de ensaios clínicos e revisões sistemáticas com as mais diferentes populações clínicas, é notável a construção de um campo sólido de evidências da eficácia das IBM para o manejo de diversas condições de saúde (HERVÁS et al., 2016).

Um dos principais temas associados à prática de *mindfulness* diz respeito ao treino da compaixão e autocompaixão que são componentes inerentes ao seu ensino, tanto em suas raízes tradicionais quanto nos programas laicos criados no ocidente.

A compaixão é definida como a habilidade de estar aberto ao sofrimento dos outros, com o desejo de aliviá-lo, e envolve oferecer paciência, bondade, atitude imparcial e compreensão, reconhecendo que todos os humanos são imperfeitos e cometem erros. Da mesma forma, a autocompaixão envolve estar aberto ao próprio sofrimento, vivenciando sentimentos de cuidado e bondade consigo mesmo, assumindo uma atitude compreensiva, sem julgamentos em relação às próprias inadequações e fracassos, ao mesmo tempo, reconhecendo que a própria experiência faz parte da experiência humana comum (NEFF, 2003).

Ambas são indissociáveis e a prática da compaixão/autocompaixão se relaciona diretamente aos mecanismos de *mindfulness*, embora seus efeitos pareçam estar mais associados à regulação emocional, mais especificamente à geração de afetos positivos (CONVERSANO et. al. 2020). Keng et al. (2012) apontam que a prática de *mindfulness* permite uma maior clareza para o desenvolvimento da autocompaixão enquanto a autocompaixão, por sua vez, abre o caminho para o *mindfulness*, ao manejar conteúdos que interferem na atenção como, por exemplo, os pensamentos ruminativos.

A revisão sistemática de Rudaz et.al. (2017), que analisou 24 estudos quantitativos avaliando a eficácia de IBM para a melhora do autocuidado e redução de estresse em profissionais de saúde mental aponta evidências de que as IBM aumentam o nível de atenção plena e de autocompaixão dos participantes, reduzindo o estresse e *burnout* desta população.

Corroborando estes dados, uma revisão sistemática mais recente (CONVERSANO et.al 2020), que reuniu 58 estudos experimentais avaliando o impacto das IBM e de intervenções apenas voltadas para o desenvolvimento da compaixão/autocompaixão em profissionais de saúde aponta que apesar da grande variedade de desenhos metodológicos dos estudos e de protocolos de intervenção utilizados, as IBM tem o potencial para a melhora da atenção plena, autocompaixão e qualidade de vida, bem como para a redução de sintomas de *burnout*, depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde.

Além disso, a literatura também traz evidências de que as IBM podem contribuir para a qualidade assistencial, como na melhora da autoeficácia clínica, na aliança terapêutica com o paciente e no uso de métodos baseados em evidência, podendo ser também utilizadas para o treinamento dos profissionais e para o contexto clínico (RUDAZ et.al., 2017).

Tendo em vista as evidências apontadas na literatura, parte-se da hipótese de que a IBM aumentará a qualidade de vida, atenção plena e autocompaixão dos participantes em relação ao grupo controle.

3. OBJETIVOS

O presente projeto, de caráter exploratório, tem por objetivo geral avaliar os efeitos de uma IBM na qualidade de vida, atenção plena e na autocompaixão de profissionais de saúde mental atuantes na RAPS do município de Botucatu/SP.

3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o impacto da prática de *mindfulness* na qualidade de vida dos profissionais de saúde mental;
- Investigar o impacto da prática de *mindfulness* no nível de autocompaixão dos profissionais de saúde mental;
- Investigar o impacto da prática de *mindfulness* no nível de atenção plena dos profissionais de saúde mental;

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, inédito no Brasil, caracterizado como um ensaio clínico randomizado piloto, não cego e controlado por lista de espera, realizado com uma amostra por conveniência de profissionais de saúde mental do SUS, seguindo as diretrizes propostas pelo Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (Schulz et.al. 2010) que traça as diretrizes para a construção e comunicação de ensaios clínicos.

4.2 Participantes

A amostra não probabilística por conveniência foi composta por 47 profissionais alocados aleatoriamente em dois grupos: Grupo Intervenção (GI) e Grupo controle (GC).

No período da intervenção, a instituição era composta pelos seguintes equipamentos assistenciais, integrantes da RAPS e referências loco regionais para 30 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) VI de Bauru:

- a) 1 Enfermaria Psiquiátrica, com 22 leitos

Serviço de atendimento multiprofissional a urgências psiquiátricas que necessitem de internação breve visando a remissão do quadro e apoio a ressocialização.

- b) 6 Residências Terapêuticas (RT);

Serviço de atendimento multiprofissional em regime residencial terapêutico para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

- c) 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III);

Serviço de referência no atendimento multiprofissional de pessoas com transtornos mentais graves em regime aberto e comunitário.

d) 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD);

Serviço de referência no atendimento multiprofissional de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias em regime aberto e comunitário.

e) 1 Oficina Terapêutica.

Serviço de atendimento de pessoas com transtornos mentais voltado para a convivência e socialização em regime aberto e comunitário.

Dos equipamentos mencionados, a Enfermaria Psiquiátrica e o CAPS III situavam-se na área do antigo Hospital Psiquiátrico, o CAPS AD e a Oficina Terapêutica em pontos centrais da cidade e as Residências Terapêuticas, por sua vez, estavam distribuídas na cidade (duas unidades) e na área do antigo Hospital Psiquiátrico (quatro unidades).

Para participar da pesquisa, os sujeitos cumpriram com o seguinte critério de inclusão: ser profissional de saúde mental e atuar em um dos núcleos assistenciais da instituição, ou seja, manter contato direto com os usuários dos serviços e não apresentar doença física e/ou mental em estado agudo. Como critério de exclusão adotou-se: não ter frequentado 50% da carga horária do curso e não ter preenchido corretamente os instrumentos.

A intervenção conduzida neste estudo teve início em agosto e terminou em outubro de 2018. Dado que os benefícios do *mindfulness* estão diretamente relacionados à prática diária e, portanto, à motivação dos profissionais em participar, foram realizadas duas palestras abertas previamente divulgadas nos núcleos assistenciais através das reuniões de equipe, por meio de informes dados pelos respectivos diretores, bem como pelo sistema de comunicação interna da instituição.

Nas palestras os interessados foram apresentados à estrutura, às origens, aos objetivos e aos benefícios da intervenção. Após esta apresentação foi esclarecido que concomitantemente ao curso oferecido seria realizada uma pesquisa, a qual foi brevemente apresentada.

Nesta mesma ocasião os inscritos foram comunicados de que a participação no curso não estava condicionada à participação na pesquisa e que, mesmo aqueles que decidissem participar, poderiam desistir a qualquer momento, sendo que seus dados, bem como os de todos os outros participantes, seriam mantidos em sigilo.

Logo após a segunda palestra, foi aberto um período de 15 dias para inscrições, as quais foram realizadas pelo Núcleo de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (NEESMT) da instituição. Todos os inscritos para a intervenção aceitaram

participar da pesquisa e compuseram a amostra que foi randomizada e alocada em dois grupos: um grupo que recebeu a intervenção (GI) de *mindfulness* e outro que permaneceu em lista de espera como Grupo Controle (GC) .

Em seguida, foi realizada a coleta de dados pré-intervenção em datas previamente agendadas com os diretores dos serviços onde os profissionais atuavam. Além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que devia ser respondido na primeira página, compuseram o caderno de respostas o questionário sociodemográfico e os demais instrumentos. Após a intervenção, com exceção do TCLE (Anexo 1) e do questionário de perfil sociodemográfico (Anexo 7), os instrumentos foram novamente aplicados.

O período de coleta de dados pré-intervenção foi de 15 dias antes da intervenção no mês de agosto de 2018 e a coleta de dados pós intervenção se deu também em um prazo de 15 dias após a intervenção, no mês de outubro de 2018.

A coleta foi realizada simultaneamente pelos participantes de cada serviço em salas disponibilizadas nos seus locais de trabalho e na presença do pesquisador, que permaneceu disponível para esclarecer quaisquer dúvidas durante o preenchimento.

4.3 Intervenção

A intervenção foi conduzida em uma casa, próxima às Residências Terapêuticas localizadas na antiga área hospitalar, durante o horário de trabalho dos participantes e consistiu na aplicação de um protocolo desenvolvido pelo Centro Mente Aberta (www.mindfulnessbrasil.com), instituição de referência no Brasil ligada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com a missão de ensino e pesquisa do *Mindfulness* aplicado à Saúde.

Denominado como *Mindfulness Based Health Promotion* (MBHP), o programa foi criado pelo Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo (Quadro 1) e toma por base IBM já consagradas, como: MBSR, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT). A ACT e a DBT são terapias cognitivo comportamentais de terceira geração ou contextuais que tem como foco a atenção plena, aceitação e compreensão da relação terapêutica (ÖST, 2008).

Quadro 1. Conteúdo nuclear do *Mindfulness Based Health Promotion* (MBHP)

Sessão	Práticas	Tarefa de casa
1. O que é Mindfulness: “Saindo do piloto automático”	Abertura do programa Exercício da uva passa Escaneamento corporal	Escaneamento corporal Atenção a rotina diária Comer uma refeição com atenção plena
2. Mindfulness da Respiração	Dinâmica do 1º e 2º sofrimento Exercício completo de atenção plena na respiração	Escaneamento corporal Mindfulness na respiração Atenção plena a eventos prazerosos Atenção as atividades rotineiras Mudança de hábito
3. Mindfulness na vida diária	Exercício: “lidando com os pensamentos” Caminhada com atenção plena	Escaneamento corporal Mindfulness na respiração Caminhada com atenção plena Atenção plena nas caminhadas de rotina
4. Entendendo as habilidades de mindfulness para situações desafiadoras	Prática dos 3 minutos Movimentos com atenção plena	Escaneamento corporal Mindfulness na respiração Caminhada com atenção plena Prática dos 3 minutos
5. Mindfulness, aceitação e ação habilidosa	Movimentos com atenção plena Prática dos 3 minutos em pares Prática de mindfulness dos pensamentos	Prática da escolha Prática dos 3 minutos em situações desafiadoras
6. Dia do Silêncio	Respiração, sensações, sons e pensamentos Caminhada com atenção plena Movimentos com atenção plena Escaneamento corporal	Prática da escolha Conversando com atenção plena
7. Mindfulness e Compaixão	Prática completa da meditação da compaixão	Prática da escolha Prática do amor e compaixão para si e para os outros Atenção para a autocompaixão nas atividades diárias
8. Mindfulness para a vida toda	Prática de meditação da compaixão Como incorporar uma prática regular de mindfulness Prática de encerramento	Incorporação de mindfulness na vida diária

Fonte: Trombka, et.al., 2021, p.5.

Além do ensino das técnicas clássicas de *mindfulness* (como escaneamento corporal, atenção plena na respiração e em atividades como caminhada, movimentos corporais e alimentação, prática dos três passos e prática da autocompaixão/compaixão), o programa tem por objetivo facilitar a incorporação da prática de *mindfulness* no cotidiano dos participantes visando a promoção da saúde.

Neste sentido, a intervenção foi planejada para proporcionar uma apreensão progressiva da prática através de uma abordagem essencialmente vivencial que, por meio das práticas guiadas, do compartilhamento da experiência pessoal no grupo (*inquiry*), das dinâmicas propostas e das exposições dialogadas, pretendeu facilitar a aprendizagem das técnicas e dos conceitos à ela relacionados e, por meio das tarefas

de casa, permitir que os participantes incorporassem gradualmente o que foi aprendido nas sessões.

O programa, estruturado em oito sessões de duas horas cada, foi conduzido pelo próprio pesquisador, instrutor especialista em *Mindfulness* Aplicado à Saúde (Mente Aberta - UNIFESP) e certificado para aplicação do protocolo MBHP-UNIFESP.

As sessões aconteceram em uma sala cedida pela instituição que também disponibilizou os materiais necessários, como: cadeiras, colchonetes, aparelho de som, impressos e um material gravado em *Compact Disc* (CD) pertencente ao Centro Mente Aberta – UNIFESP, contendo as práticas guiadas e todas as informações relativas aos encontros presenciais.

Como o programa visa a incorporação da prática de *mindfulness* no cotidiano dos participantes, são previstas tarefas de casa que consistem na prática diária das técnicas formais e informais ensinadas na sessão. As práticas formais, que consistem nas técnicas clássicas de *mindfulness* (escaneamento corporal, *mindfulness* na respiração, caminhada *mindful*, *mindfulness* nos pensamentos, prática dos 3 minutos e prática da compaixão) e as práticas informais consistem em exercícios de atenção plena nas atividades diárias.

As tarefas de casa foram veiculadas através de um grupo criado no aplicativo de *whatsapp*. As práticas formais consistiam em áudios com a prática guiada e as práticas informais eram passadas de forma textual. Algumas destas tarefas deveriam ser registradas em um diário de práticas, com a finalidade de desenvolver a habilidade de observação dos participantes.

Os encontros foram realizados no horário de trabalho dos profissionais e, para que fosse viável a participação de todos sem prejudicar a assistência ao paciente, foram abertas duas turmas, uma no período da manhã e outra no período da tarde.

4.4 Desfechos

Por sua multidimensionalidade, abrangência conceitual e uso frequente na literatura para mensurar o impacto das IBM na vida de profissionais de saúde, a qualidade de vida foi eleita como desfecho primário do presente estudo.

Para tanto, foi utilizada a *World Health Organization Quality of Life Instrument Abbreviate version* (WHO QoL- BREF) (Anexo 3), um instrumento de auto relato de aplicação transcultural, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma versão resumida do *World Health Organization Quality of Life -100* (WHO QoL 100), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida.

Validada no Brasil (FLECK, 2000), a escala analisa quatro domínios da qualidade de vida: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiente, além de suas facetas específicas, em um número total de 24 facetas.

Constituído por dois itens relacionados à qualidade de vida geral e 24 itens direcionados às facetas dos domínios já citados, cada um dos 26 itens totais deve ser respondido em uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 a 5 de acordo com intensidade ou frequência de determinado sentimento ou comportamento (WHO, 1988). A pontuação varia de 4 a 20 pontos e permite comparação com a WHO-Qol 100.

Visto que a intervenção estudada tem por objetivo central o desenvolvimento da atenção plena e autocompaixão dos participantes estes desfechos foram eleitos como desfechos secundários.

A atenção plena foi mensurada através da Escala de Atenção e Consciência Plenas (*Mindfulness Attention Awareness Scale* - MAAS) (BROWN & RYAN, 2003). Dentre os instrumentos que objetivam a mensuração da atenção plena, a MAAS (Anexo 5) destaca-se por ser um curto instrumento unidimensional de autorrelato. Validado no Brasil em 2015 (BARROS, et. Al. 2015), contém 15 questões que devem ser respondidas em uma Escala *Likert* que varia de um a seis pontos, de acordo com a frequência de determinado acontecimento interno ou externo ao sujeito. A pontuação varia de um a seis sendo esta a média do total dos escores obtidos.

Finalmente, utilizou-se para a mensuração da autocompaixão a Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* - SCS) (NEFF, 2003). A SCS (Anexo 4) é constituída por 26 itens que devem ser respondidos em uma escala tipo *Likert* que varia de 1 a 5 e visa avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: Autobondade, entendida como a capacidade para ser amável, bondoso, gentil e compreensível para consigo, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; Humanidade Comum, que significa entender o próprio sofrimento como parte de uma experiência humana maior e não solitária; e o *Mindfulness*, que se refere a uma consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos. Validada no Brasil (SOUZA & HUTZ, 2016), a pontuação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, além de que o instrumento permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações mais elevadas significam mais autocompaixão.

4.5 Randomização

Os participantes foram distribuídos de forma aleatorizada entre GI, que foram incluídos para participar da intervenção, e GC, cujos participantes permaneceram aguardando em lista de espera para participar do mesmo curso, o qual foi realizado 15 dias após a intervenção.

A randomização dos participantes foi realizada por um estatístico do Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP) da Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB-UNESP, o qual não possuía contato com os participantes. Os sujeitos foram alocados em randomização do tipo simples, em escala 1:1, com geração aleatória da sequência de alocação por meio de programa Microsoft Excel.

Os participantes do GI foram convidados a participar da intervenção pelo pesquisador e os participantes do GC foram orientados, também pelo pesquisador, a permanecer em lista de espera para o próximo curso, a ser realizado logo após o término do primeiro.

4.6 Análise Estatística

Após ajuste do modelo para correção das diferenças sócio-demográficas entre os grupos, os mesmos foram comparados em relação as pontuações WHO QoL BREF, MAAS, e SCS pós intervenção por meio do ajuste de modelos de regressão linear múltipla com resposta Normal considerando no componente determinístico do modelo as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na fase bivariada. No modelo final, as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$.

Os grupos também foram comparados em relação a evolução dos domínios WHO QoL BREF e SCS por regressão linear múltipla com resposta Normal considerando, no componente determinístico dos modelos, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na fase bivariada. As análises foram feitas com o software Statistical Package for Social Science 21.0 (SPSS 21.0).

4.7 Aspectos éticos

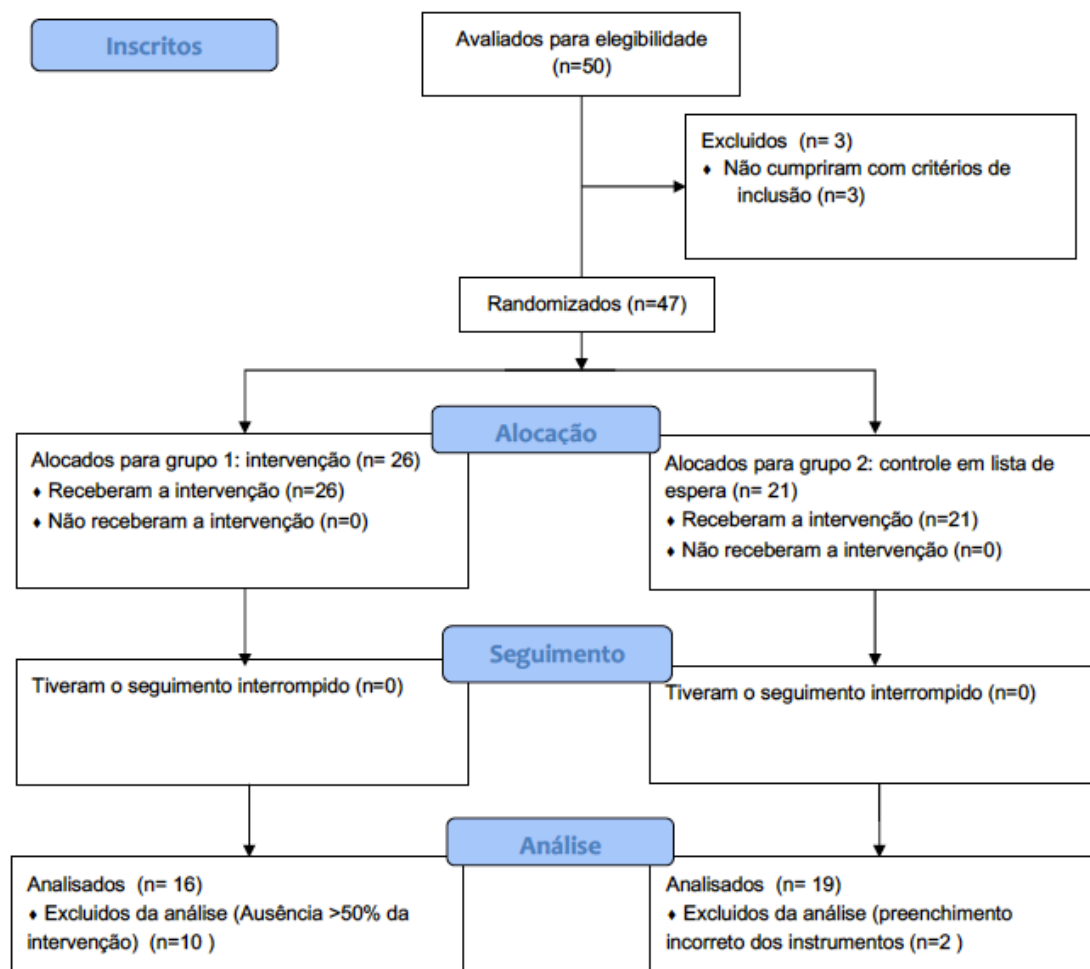
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), sob o CAAE 94264218.6.0000.5411 (Anexo 2), e posteriormente registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) com o identificador nº RBR-2x4pv6, disponível para acesso público.

Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (Anexo 1), atendendo a Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Fluxograma Consort

Figura 1 - Fluxograma CONSORT



Dos 50 profissionais inscritos para a intervenção, 3 não foram incluídos na pesquisa pois não atuavam na área assistencial. Deste modo, a amostra inicial foi de 47 participantes, os quais foram randomizados e alocados em GI (n=26) e GC (n=21).

Aderiram à intervenção profissionais das seguintes áreas/funções da saúde: três oficiais de saúde (profissionais da área administrativa que fazem atendimento direto ao paciente), 17 auxiliares e técnicos de enfermagem, um médico, três enfermeiros, sete psicólogos, quatro assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, sete auxiliares de saúde (profissionais de apoio à assistência técnica direta ao paciente), um auxiliar de serviço geral (profissionais de apoio geral ao serviço).

No seguimento do estudo, foram excluídos do GI 10 participantes por não completarem pelo menos quatro das 8 sessões do programa (50% dos encontros). No processo de análise, foram excluídos mais 2 sujeitos do GC, devido ao preenchimento inadequado dos instrumentos. Desta forma, a amostra final do estudo totalizou 35 participantes, sendo 16 no GI e 19 no GC.

5.2 Perfil sociodemográfico dos participantes

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Botucatu, 2018.

Variável	Grupo Controle (N=19)	Grupo Intervenção (N=16)	p
Sexo masculino	1 (5,3%)	2 (12,5%)	0,581
Raça negra/parda	2 (10,5%)	3 (18,8%)	
Com companheiro (a)	9 (47,4%)	9 (56,2%)	
Tem filhos	17 (89,5%)	13 (81,2%)	
Nível Superior	12 (63,3%)	8 (50,0%)	
Renda			
1-3 salários mínimos	5 (26,3%)	4 (25,0%)	0,962
3-5 salários mínimos	10 (52,6%)	8 (50,0%)	
5-10 salários mínimos	4 (21,1%)	4 (25,0%)	
Atividade física	11 (57,9%)	6 (37,5%)	0,202
Mora só	7 (36,8%)	0 (0,0%)	0,009
Vínculo Trabalhista			
Efetivo	19 (100%)	14 (87,5%)	0,202
CLT	0 (0,0%)	2 (12,5%)	
Tempo no emprego			
< 1 ano	1 (5,3%)	0 (0,0%)	0,660
1-5 anos	4 (21,1%)	6 (37,5%)	
5-10 anos	2 (10,5%)	1 (6,2%)	
>10 anos	12 (63,2%)	9 (56,2%)	
Tem outro emprego	8 (41,2%)	6 (37,5%)	0,782
Tempo na Saúde			
1-5 anos	0 (0,0%)	4 (25,0%)	0,078
5-10 anos	3 (17,6%)	1 (6,2%)	
>10 anos	14 (82,4%)	11 (68,8%)	
Autoavaliação de saúde			
Ruim	0 (0,0%)	1 (6,2%)	0,033
Nem boa nem ruim	5 (27,8%)	0 (0,0%)	
Boa	10 (55,6%)	14 (87,5%)	
Muito Boa	3 (16,7%)	1 (6,2%)	1,000
Hospitalização no último ano	1 (5,6%)	1 (6,2%)	
Idade			
20-35 anos	5 (27,3%)	3 (18,8%)	0,909
35-50 anos	8 (42,1%)	8 (50,0%)	
> 50 anos	6 (31,6%)	5 (31,3%)	

Fonte: elaborado pelo autor

A **Tabela 1** apresenta as características autorrelatadas dos perfis sociodemográfico, de saúde e laboral dos participantes do estudo.

Pode-se observar que houve uma diferença significativa entre os grupos em relação às variáveis “morar só” ($p=0,009$) e “autoavaliação de saúde” ($p=0,033$).

Quanto as variáveis sociodemográficas, verificou-se que ambos os grupos foram compostos em sua maioria por mulheres, com idade acima de 35 anos e com filhos. Observa-se também que pelo menos 50% dos participantes possuem o ensino superior completo e uma renda familiar bruta na faixa entre 3 e 5 salários mínimos.

Nas variáveis relacionadas à saúde observamos que em ambos os grupos a maioria dos participantes se declararam satisfeitos em relação à própria saúde, classificando-a como boa ou muito boa.

No que diz respeito às características laborais, observa-se que a maioria trabalha na área da saúde há mais de 10 anos, e há pelo menos 5 anos neste emprego, com jornada de trabalho de 30 horas semanais na instituição, tendo contrato efetivo na SES-SP.

5.3 Análise por desfechos

A **Tabela 2** descreve a mediana das pontuações de GC e GI para cada um dos desfechos antes e depois da intervenção. Podemos observar através da comparação entre as medianas das pontuações que antes da intervenção havia uma diferença estatisticamente significativa entre GC e GI em relação à autocompaixão.

Tabela 2 - Medianas das pontuações dos grupos intervenção e controle nas escalas MAAS, SCS e WHOQOL antes e após a intervenção. Botucatu, 2018.

	Controle	Intervenção	
Variável	Mediana	Mediana	<i>p</i>
MAAS Pré intervenção	51 (43:65)	53 (43,3:70,8)	,842
MAAS Pós intervenção	56 (45:67)	59 (54,4:64,8)	,398
SCS Pré intervenção	88 (72:95)	74 (66,8:80,5)	,045
SCS Pós intervenção	79 (70:97)	85 (82,3:105,8)	,174
WHO QoL BREF Pré intervenção	16 (10:16)	14 (12:16)	,683
WHO QoL BREF Pós intervenção	14 (12:16)	16 (12:16)	,563

Na **Tabela 3** observamos a regressão linear normal ajustada para os confundidores morar só e auto avaliação de saúde, que descreve a pontuação no instrumento WHO-QoL-BREF obtida pelos participantes do GI em referência ao GC no final do estudo.

Ao final do estudo, podemos observar através da regressão parcimoniosa que a pontuação dos participantes do GI diminuiu 0,34 pontos em relação à pontuação obtida pelo GC. Embora tenha havido uma queda na pontuação, a mesma não foi estatisticamente significativa ($p=0,684$).

Tabela 3 - Regressão linear normal para explicar a pontuação WHO QoL- BREF no momento final do estudo. Botucatu, 2018.

Variável	Regressão múltipla				Regressão parcimoniosa			
	b	IC95%		p	b	IC95%		p
Constante	8,71	1,98	15,44	,011	10,34	5,96	14,72	,000
GI em referência a GC	0,63	-1,35	2,61	,532	-0,34	-1,97	1,29	,684
Mora só	0,97	-1,20	3,13	,381				
Tempo na Saúde								
1-5 anos	0,32	-2,66	3,29	,835				
5-10 anos	0,08	-3,26	3,43	,962				
>10 anos	0 ^a							
Auto avaliação de saúde								
Ruim	5,58	0,49	10,68	,032	7,25	2,54	11,95	,003
Nem boa nem ruim	3,14	-1,40	7,68	,175	4,91	0,71	9,11	,022
Boa	0,53	-4,93	5,98	,850	0,86	-3,88	5,60	,722
Muito Boa	0 ^a				0 ^a			
Idade								
> 50 anos	-0,63	-3,08	1,82	,613				
35-50 anos	-1,61	-3,72	0,50	,135				
20-35 anos	0 ^a							
Pontuação WHO QoL - BREF								
Pré intervenção	0,23	-0,13	0,58	,208				

Fonte: elaborado pelo autor

Na **Tabela 4** observamos a regressão linear normal ajustada para os confundidores morar só e auto avaliação de saúde, que descreve a pontuação obtidas pelos participantes do GI em referência ao GC na SCS ao final do estudo.

Já em relação aos resultados dos participantes na SCS, observou-se através da análise parcimoniosa um aumento de 12,65 pontos nos escores do GI quando comparado ao GC, o qual se mostrou estatisticamente significativo ($p=0,004$).

Tabela 4 - Regressão linear normal para explicar a pontuação na SCS no momento final do estudo. Botucatu, 2018.

Variável	Regressão múltipla				Regressão parcimoniosa			
	b	IC95%		p	b	IC95%		p
Constante	26,39	-8,79	61,57	,141	30,88	10,31	51,45	,003
GI em referência a GC	15,79	4,70	26,88	,005	12,65	3,97	21,34	,004
Mora só	6,77	-6,08	19,63	,302				
Tempo na Saúde								
1-5 anos	9,17	-7,63	25,97	,285				
5-10 anos	8,40	-10,61	27,41	,387				
>10 anos	0 ^a							
Auto avaliação de saúde								
Ruim	3,12	-25,38	31,62	,830				
Nem boa nem ruim	-0,84	-26,80	25,11	,949				
Boa	-2,37	-32,00	27,27	,876				
Muito Boa	0 ^a							
Idade								
> 50 anos	5,87	-8,62	20,36	,427				
35-50 anos	-5,54	-18,56	7,48	,404				
30-35 anos	0 ^a							
Pontuação SCS Pré intervenção	0,59	0,31	0,87	,000	0,64	0,41	0,88	,000

Fonte: elaborado pelo autor

Na **Tabela 5** observamos a regressão linear normal ajustada para os confundidores morar só e auto avaliação de saúde, que descreve a pontuação obtidas pelos participantes do GI em referência ao GC na MAAS ao final do estudo.

A pontuação obtida pelo GI na MAAS, por sua vez, aumentou 6,033 em relação ao GC, conforme observado na análise parcimoniosa. Porém, apesar do aumento, não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,091$).

Tabela 5 - Regressão linear normal para explicar a pontuação da escala MAAS no momento final do estudo. Botucatu, 2018.

Variável	Regressão múltipla				Regressão parcimoniosa			
	IC95%				IC95%			
	b			p	b			p
Constante	30,886	10,725	51,047	,003	29,534	11,798	47,270	,001
GI em referência a GC	5,909	-,969	12,786	,092	6,033	-,963	13,029	,091
Mora só	5,500	-2,207	13,206	,162	6,596	-1,049	14,240	,091
Tempo na Saúde								
1-5 anos	11,295	,541	22,049	,040	8,888	-,747	18,523	,071
5-10 anos	14,007	1,476	26,539	,028	13,790	1,016	26,563	,034
>10 anos	0 ^a				0 ^a			
Auto avaliação de saúde								
Ruim	-19,883	-39,223	-,543	,044	-19,120	-38,830	,590	,057
Nem boa nem ruim	-13,930	-31,371	3,511	,117	-12,470	-29,605	4,665	,154
Boa	-20,283	-39,935	-,632	,043	-18,209	-37,138	,721	,059
Muito Boa	0 ^a				0 ^a			
Idade								
> 50 anos	-5,057	-14,097	3,984	,273				
35-50 anos	-1,881	-10,112	6,351	,654				
30-35 anos	0 ^a							
Pontuação MAAS								
Pré-intervenção	,529	,316	,741	,000	,511	,311	,711	,000

Fonte: elaborado pelo autor

5.4 Análise por domínios.

Na **Tabela 6**, temos a comparação do efeito do programa na pontuação por domínios da WHO QoL - BREF, realizada entre os grupos através de modelos de regressão linear normal e ajustado para os confundidores “morar só” e “auto avaliação do estado de saúde”.

Podemos observar que na análise por domínios do desfecho qualidade de vida, medurado pela pontuação na escala WHO-QOL, há um aumento estatisticamente significativo ($p=0,011$) apenas do Domínio Ambiental, no qual o GI pontuou 1,45 a mais do que o GC.

Tabela 6 - Comparação entre os grupos de profissionais da saúde mental em relação às pontuações da escala WHO-QOL. Botucatu, 2018.

Desfecho	β (*)	IC95% (**)		p
Evolução do Domínio Físico**	0,44	-0,52	1,41	0,368
Evolução do Domínio Psíquico**	0,75	-0,59	2,09	0,274
Evolução do Domínio Social**	- 0,23	-2,27	1,80	0,823
Evolução do Domínio Ambiental**	1,45	0,33	2,57	0,011

(*) β representa a estimativa da diferença entre os grupos intervenção e controle, obtida com o ajuste dos modelos.

(**) Domínios da Escala WHO QoL - BREF

Fonte: elaborado pelo autor

Na **Tabela 7**, temos a comparação do efeito do programa na pontuação por domínios da SCS, realizada entre os grupos através de modelos de regressão linear normal e ajustado para os confundidores “morar só” e “auto avaliação do estado de saúde”.

Tabela 7 - Comparação entre os grupos de profissionais da saúde mental em relação aos domínios da SCS . Botucatu, 2018.

Desfecho	β (*)	IC95% (**)		p
Evolução do domínio Auto bondade	0,27	- 0,942	6,408	0,140
Evolução do domínio Autojulgamento	0,405	0,437	7,292	0,028
Evolução do domínio Humanidade Comum	0,188	-1,215	3,779	0,304
Evolução do domínio Isolamento	0,393	0,254	5,948	0,034
Evolução do domínio <i>Mindfulness</i>	0,030	-2,392	2,796	0,875
Evolução do domínio Sobre identificação	0,470	0,945	5,735	0,008

(*) β representa a estimativa da diferença entre os grupos intervenção e controle, obtida com o ajuste dos modelos.

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação ao desfecho autocompaixão, a análise das pontuações por domínios da SCS revelou uma diferença estatística significativa entre os grupos na evolução de

três domínios: Autojulgamento ($p=0,028$), Isolamento ($p=0,034$) e Sobre identificação ($0,008$).

6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro ensaio clínico piloto no Brasil a avaliar a eficácia de uma IBM na qualidade de vida de profissionais de saúde mental no SUS. Como estudo exploratório, que objetivou uma primeira aproximação do cenário estudado, foi possível detectar um aumento da autocompaixão dos participantes o qual, possivelmente, esteja relacionado ao aumento, mesmo que não estatisticamente significativo, do nível de *mindfulness* dos participantes do GI.

6.1 Qualidade de vida

A pontuação média na escala WHO QoL - BREF antes da intervenção no presente estudo, no GI (14,00) e do GC (16,00), não é muito diferente daquela encontrada em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento com profissionais de saúde no Brasil. A revisão sistemática de Mascarenhas et.al (2003) revela que os escores obtidos na escala WHO QoL - BREF pelos profissionais de saúde nos oito estudos incluídos varia entre 13,1 e 17,6.

Mas embora as IBM tenham impactado positivamente a qualidade de vida geral de profissionais de saúde em outros estudos (CONVERSANO et.al, 2020), o mesmo não foi observado na presente pesquisa, o que pode estar relacionado ao pequeno tamanho da amostra e à alta dispersão das pontuações, que podemos observar através dos valores muito altos e muito baixos em um mesmo grupo.

Entretanto, a análise por domínios revela que apesar de não haver diferenças significativas na evolução dos domínios físico, psíquico e social da escala WHO-QOL, a análise dos dados mostrou diferença significativa na evolução do “domínio ambiental” ($p=0,011$) na comparação entre os grupos.

O domínio ambiental avalia segurança física/proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e meios de transporte.

Visto que os resultados do presente estudo não permitem concluir que houve aumento da atenção plena dos participantes, é possível supor que a própria oferta do curso, ou seja, uma oportunidade para que os participantes pudessem ser cuidados pela instituição, adquirir novas informações e habilidades, em um ambiente tranquilo e

agradável, no horário e local de trabalho, possa explicar o aumento das satisfação em relação ao aspecto ambiental.

Neste sentido, é interessante observar que na revisão sistemática de Mascarenhas et.al. (2003), o domínio ambiental da escala WHO QoL – BREF apresentou os menores escores em 75% dos estudos sendo que as principais razões da insatisfação dos profissionais de saúde neste âmbito se referem a baixa remuneração e ao ambiente de trabalho.

Visto que a remuneração dos profissionais de saúde não está no âmbito da governabilidade da gestão imediata dos serviços públicos, é fundamental que a mesma trabalhe na melhoria do ambiente de trabalho. Neste sentido, a oferta de cursos e espaços de cuidado durante a jornada de trabalho parece ser uma estratégia eficaz para a melhoria desta dimensão da qualidade de vida dos profissionais.

6.2 *Mindfulness*

Diferentemente dos dados apresentados pela literatura (CONVERSANO et.al., 2020; RUDAZ, et.al., 2017) neste estudo também não se observou um aumento estatisticamente significativo na pontuação da MAAS do GI após o treinamento em *mindfulness* ($p=0,091$), embora o mesmo tenha pontuado 6,033 pontos a mais do que o GC ao término da intervenção.

Dado o aumento observado, é possível supor que, como ocorreu com a qualidade de vida, a não detecção de diferença estatística esteja relacionada ao pequeno tamanho da amostra e à alta variabilidade de valores das respostas para esta variável. Além disso, também é possível supor que a baixa adesão ao programa, que impactou o tamanho amostral, bem como à prática diária em casa tenham sido possíveis causas da ineficácia da intervenção para o aumento da atenção plena dos participantes.

Sabe-se que o aumento da atenção plena está diretamente relacionado ao engajamento dos participantes na intervenção, especialmente nas práticas diárias, que devem ser realizadas fora do horário do curso. De forma semelhante à higiene do sono e à prática regular de atividade física, o *mindfulness* é uma ferramenta que promove benefícios, desde que devidamente colocado em prática (DESAI, 2018).

Na literatura, a alta taxa de desistência de profissionais de saúde nas IBM é justificada principalmente pela falta de tempo, a qual se dá por diversos outros fatores característicos desta população, como a existência de outro emprego, a demanda familiar ou então o cansaço devido às características do trabalho. Além disso, a baixa motivação dos profissionais, visto que não constituem uma população clínica procurando

alívio para uma condição clínica, bem como o fato de que as IBM geralmente exercitam o *mindfulness* de forma razoavelmente intensiva, acabam também colaborando para a baixa adesão dos profissionais de saúde mental às IBM (RUDAZ et. al. 2017).

Como forma de contornar estes obstáculos, a literatura recomenda algumas estratégias, como a implementação das IBM em contextos de educação continuada, integrada a outros cursos, no local e no horário de trabalho, e em formatos mais breves (RUDAZ, et.al., 2017; AZUERO, 2013).

No caso deste estudo, mesmo a intervenção sendo realizada no horário de trabalho, 10 dos 26 participantes do GI faltaram mais do que 50% do curso. Visto que os quadros dos serviços assistenciais estavam defasados, gerando um aumento da demanda nos serviços, optou-se pela realização da intervenção em um local pertencente a instituição, porém fora do local de trabalho dos participantes. Por um lado, esta estratégia permitiu que os participantes pudessem se desconectar temporariamente de suas atividades, mas, por outro, gerou um grande número de faltas devido a necessidades não planejadas dos serviços durante as datas das sessões, que os impediram de comparecer.

Desta forma, parece fazer sentido a utilização de estratégias como a integração de IBM mais breves, em contextos de educação continuada, como em cursos, ou mesmo reuniões de equipe, o que possivelmente aumentaria a adesão desta população à intervenção.

6.3 Autocompaixão

Corroborando dados da literatura (BENZO, 2017; GRACIA GOZALO et al, 2019; PÉROLA DE TORRES et al, 2021), observou-se que a IBM foi eficaz para o aumento da autocompaixão dos participantes, visto que a evolução deste desfecho apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$) entre os grupos intervenção e controle.

O constructo da Escala de Autocompaixão baseia-se na ideia de um continuum bipolar que varia da autorresposta não compassiva à autorresposta compassiva em momentos de angústia (NEFF, 2003). Esta relação pode ser descrita em uma variação contínua de -1 a 1, na qual o ponto 0 representa a divisão entre o domínio da autorresposta não compassiva e domínio da resposta compassiva dentro do par de opostos polares.

Desta forma, os três pares de opostos polares na escala referem-se aos seis domínios analisados. O autojulgamento opõe-se ao domínio auto bondade e, enquanto a auto bondade refere-se à capacidade de auto acolhimento com compreensão em

situações de falha e sentimento de inadequação, o autojulgamento é abordado em questões que mensuram o nível de autoflagelação dos sujeitos através de pensamentos de autocrítica, quando confrontados com a própria dificuldade (NEFF, 2003).

Já o domínio Isolamento contrapõe-se ao domínio Humanidade Comum e se refere a questões que avaliam o sentimento irracional de separação entre si e os demais seres humanos, ou seja, o quanto o sujeito se percebe como parte da comunidade humana, principalmente diante de situações desafiadoras. Neste sentido, a Humanidade Comum envolve a percepção de que o próprio sofrimento ou inadequação são comuns a toda experiência humana (NEFF, 2003).

Por fim, o domínio Sobre Identificação, opõe-se ao domínio *mindfulness* e indica a atitude de apego ou aversão excessivos em relação a pensamentos e sentimentos negativos. *Mindfulness*, portanto, envolve a capacidade de se relacionar com os sentimentos e pensamentos negativos sem se identificar com eles, mantendo uma atitude que nem suprime e nem exagera a própria experiência mental. Essa postura equilibrada decorre do processo de relacionar experiências pessoais com as de outras pessoas que também estão sofrendo, colocando assim a própria situação em uma perspectiva maior (NEFF, 2003).

Quando observamos a análise por domínios no desfecho autocompaixão, percebemos que a significância estatística se deu nos domínios referentes a respostas não compassivas, quais sejam, Autojulgamento ($p=0,028$), Isolamento ($p=0,034$) e Sobre identificação ($0,008$).

Embora o MBHP aborde diretamente a autocompaixão nas duas últimas sessões e se inspire em modelos terapêuticos comportamentais de terceira geração, como ACT e DBT, sua ênfase é no treino de *mindfulness*, em suas diferentes modalidades.

Visto que o desenvolvimento da atenção plena está diretamente associado ao desenvolvimento da autocompaixão, acredita-se que mesmo não estatisticamente significativo, o nível de atenção plena foi suficiente para impactar a diminuição das respostas não compassivas dos participantes do GI.

Além disso, é possível supor que os momentos de partilha no grupo possam também ter colaborado para estes resultados, uma vez que neste momento é oportunizado aos participantes perceber que suas questões são compartilhadas pelos demais, que seus supostos erros são comuns a todos e que é possível expressá-los em uma atmosfera de acolhimento.

O desenvolvimento da compaixão/autocompaixão é destacado na literatura como elemento fundamental na condução de um processo terapêutico efetivo (GILBERT &

PROCTER, 2005) de forma que profissionais com elevada autocrítica e falta de autocompaixão tendem a ser mais críticos em relação aos seus pacientes e a obter piores resultados em suas intervenções terapêuticas (HENRY, et.al 1990).

Ao mesmo tempo, estas habilidades são importantes fatores de proteção para a fadiga da compaixão, por permitirem que o profissional possa desenvolver uma atitude empática consigo e, por consequência, com seus clientes sem, no entanto, se identificar com os mesmos (ONDREJKOVÁ & HALAKOVÁ, 2022).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta diferentes limitações: 1) o pequeno tamanho da amostra e a ausência de um cálculo amostral que impossibilitam a generalização dos dados; 2) o uso de lista de espera em detrimento à um grupo controle ativo; 3) a ausência de mensuração do volume de práticas realizadas em casa pelos participantes, que dificultou afirmar com precisão se os resultados obtidos em relação ao nível de *mindfulness* se deram devido à baixa adesão dos profissionais; 3) a ausência de *follow-up*, que não permitiu constatar a sustentação ou possível evolução dos resultados obtidos e; 4) o fato de que a maioria das etapas da pesquisa tenham sido executadas pelo pesquisador, o que tornou impossível o cegamento do estudo.

O pequeno tamanho da amostra e ausência de cálculo amostral se justificam pelo fato de que a adesão dos participantes ao estudo, embora o mesmo tenha sido oferecido no local e horário de trabalho, foi condicionada ao desejo dos mesmos, resultando em uma amostra por conveniência que, por sua vez, também sofreu muitas perdas devido a dificuldade de vários profissionais em estar presentes em razão das demandas dos serviços.

Como a IBM aconteceu paralelamente a outras ofertas de PICS no âmbito do Programa de Qualidade de Vida, talvez tivesse sido possível organizar para que o GC realizasse uma outra atividade que pudesse ser comparada à IBM. Esta pode ter se constituído como uma falha no processo de planejamento do estudo embora requeresse uma difícil articulação com outros setores da instituição para ser implementada.

Além disso, o fato da IBM ser realizada paralelamente a outras intervenções em PICS, as quais não foram controladas pelo pesquisador, pode ter ocasionado alguma contaminação dos resultados obtidos, a qual também pode ter ocorrido devido ao fato de que os profissionais de ambos os grupos pertenciam a mesma instituição e, muitas vezes, ao mesmo serviço.

Em relação a não mensuração do volume de práticas, embora tenha sido proposto um diário de práticas, conforme proposto pelo protocolo MBHP, os profissionais não aderiram, impossibilitando o controle das práticas pelo pesquisador.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que embora a IBM não tenha impactado a qualidade de vida geral e no nível de *mindfulness*, foi eficaz para o aumento da autocompaixão dos participantes.

Diante das evidências da literatura em relação ao impacto positivo das IBM na qualidade de vida de profissionais de saúde mental, é preciso considerar as limitações do estudo, principalmente em relação ao tamanho amostral, à baixa adesão dos profissionais às sessões formais e, provavelmente, às práticas diárias.

8.1 Considerações finais

Dado que os principais fatores que impactam a qualidade de vida dos profissionais de saúde brasileiros estão relacionados à questões estruturais relacionadas às condições de trabalho, como a deficiência nos quadros, a sobrecarga e a baixa remuneração, é importante que as IBM voltadas para esta população lancem mão de estratégias para a melhoria da adesão como, por exemplo, a realização no horário e local de trabalho, a diminuição do tempo de intervenção e a sua integração em processos de educação continuada, como por exemplo em treinamentos ou reuniões de equipe.

Para além do impacto na adesão e, possivelmente, nos benefícios para os profissionais, o uso destas estratégias pode também qualificar estudos futuros, uma vez que impactam o tamanho amostral e facilitam a realização de *follow-up*. Ao ser proposta de maneira integrada ao processo de trabalho das equipes, a intervenção não exige grande mobilização de recursos, permitindo a participação de todos os profissionais interessados.

Além disso, sugere-se em futuros estudos a utilização de grupo controle ativo e o uso de mecanismos digitais de coleta de dados, que diminuem a perda de sujeitos por preenchimento incorreto dos instrumentos, aumentam a confiabilidade dos dados e facilitam o cegamento do estudo.

REFERÊNCIAS

- ASUERO A. M; BLANCO, T. R.; PUJOL-REIBERA, E.; BERENGUERA, A.; QUERALTÓ, J. M. Evaluación de la efectividad en un programa de mindfulness en professionals de atención primaria. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona. v. 27, n. 6. p. 521–528, 2013. DOI 10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- BARROS, V. V.; KOZASA, E. H.; SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M.; Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre. v. 28, n. 1. p. 87-95, 2015. DOI 10.1590/1678-7153.201528110
- BENZO, R. P.; KIRSCH, J. L.; NELSON, C. Compassion, Mindfulness, and the Happiness of Healthcare Workers. **Explore**, Nova Iorque, v. 13, n. 3, p.201-206, 2017. DOI 10.1016/j.explore.2017.02.001.
- BRAND, S. L. *et al.* Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: a systematic review. **PLoS One**, São Francisco, v.12, e0188418, 2017. DOI 10.1371/journal.pone.0188418.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019f. Disponível em: <http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf> Acesso em: 20 jun. 2023.
- 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. DOI:10.1037/0022-3514.84.4.822
- COCKER, F.; JOSS, N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, p. 618, 2016. DOI 10.3390/ijerph13060618
- CONVERSANO, C. *et al.* Mindfulness and Self-Compassion in Health Professionals: what's new? a systematic review. **Frontiers in Psychology**, Bruxelas, v.11, p. 1683, 2020. DOI 10.3389/fpsyg.2020.01683
- DEMARZO, M; CAMPAYO, J. G. **Manual Prático, mindfulness, curiosidade e aceitação**. 1º Ed. São Paulo: Palas Athena, 2015.
- DESAI, S.; *et al.* Finding time for mindfulness: in education, clinical practice, and our lives. **Academic Psychiatry**, Nova Iorque, v. 42, n. 2, p. 246-247. DOI 10.1007/s40596-018-0894-6.

- FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. **Journal of Clinical Psychology**, v. 58, n.11, p. 1433–1441, 2020. DOI 10.1002/jclp.10090.
- FOX, K. C. *et al.* Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, Nova Iorque, v. 43, p. 48-73, 2014. DOI 10.1016/j.neubiorev.2014.03.016.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. DOI 10.1590/S0034-89102000000200012
- GILBERT, P.; PROCTER, S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 13, p. 353–379, 2006.
- GERMER, C.K. **The mindful Path to Self-Compassion**. Nova York: The Gilford Press, 2009.
- GRACIA GOZALO, R. M. *et al.* Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: effect on burnout, empathy and self-compassion. **Medicina Intensiva**, Barcelona, v. 43, n. 4, p. 2017-2016, 2019. DOI 10.1016/j.medin.2018.02.005.
- GRECO, P. B. T. *et al.* Promoção à saúde com trabalhadores da Saúde Mental. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 32, p. 9157, 2019. DOI 10.5020/18061230.2019.9669
- HENRY, W. P.; SCHACHT, T. E.; STRUPP, H. H. Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 58, p. 768–774, 1990.
- HERVÁS, G.; CEBOLLA, A.; SOLLER, J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 27, n. 3, p. 115-124, 2016. DOI 10.1016/j.clysa.2016.09.002.
- ISHARA, S. 2007. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial**. 2007. 157f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- JORGE, M. S. B. *et al.* Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, p. 417-425, 2007.
- KENG, S. L.; SMOSKI, M. J.; ROBINS, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. **Clin Psychol Rev**. 31, n. 6, p. 1041-56, 2011. DOI 10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- MASCARENHAS, C. H. M. *et al.* Qualidade de vida em trabalhadores da área da saúde: uma revisão sistemática. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 14, n. 1/2, p. 72-81, 2013. DOI 10.22421/15177130-2013v14n1/2p72

MCCONVILLE, J.; MCALEER, R.; HAHNE, A. Mindfulness training for health profession students-the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. **Explore**, Nova Iorque, v. 133, n. 1, p. 26-45, 2017. DOI 10.1016/j.explore.2016.10.002.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. DOI 10.1590/S1413-81232000000100002.

NEFF, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity**, Londres, v. 2, p. 223–250, 2003. DOI 10.1080/15298860309027.

ONDREJKOVÁ, N.; HALAKOVÁ, J. Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. **Health Soc Care Community**. v. 30, p.1680-1694, 2022. DOI 10.1111/hsc.1374

ÖST, L. G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, v. 6n. 3, 296-321, 2008. DOI: 10.1016/j.brat.2007.12.005.

PÉRULA-DE TORRES, L. A., *et al.* Comparison of the Effectiveness of an Abbreviated Program versus a Standard Program in Mindfulness, Self-Compassion and Self-Perceived Empathy in Tutors and Resident Intern Specialists of Family and Community Medicine and Nursing in Spain. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 8, p. 4340, 2021. DOI 10.3390/ijerph18084340

PINHEIRO, J.P.; SBICIGO, J. B.; REMOR, E. Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 25, n. 9, p. 3635-46, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020259.30672018.

POSPOS, S. *et al.* Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: a systematic review. **Academic Psychiatry**, Nova Iorque, v. 42, n. 1, p. 109-120, 2018. DOI 10.1007/s40596-017-0868-0.

PRUDENZI A, D. *et al.* Wellbeing, burnout, and safe practice among healthcare professionals: predictive influences of mindfulness, values, and self-compassion. **Psychology, Health and Medicine**, Abingdon, v. 27, n. 5, p. 1130-1143, 2022. DOI 10.1080/13548506.2021.1898651.

RAVOULA, R.S.; VEGA, D.M.; LAVIGNE, K.N. Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: A Qualitative Review and Research Agenda. **Occup. Health Sci**, v.3, p.297–336, 2019. DOI 10.1007/s41542-019-00045-1

RUDAZ, M; TWORIG, M.P.; ONG, C.W.; LEVIN, M.E. Mindfulness and acceptance based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. **Psychology Faculty Publications**. Paper 1606, 2017.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. C.; MOHER, D. CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **Italian Journal of Public Health**, v. 7, n. 3, p. 325–332, 2010. DOI 10.1186/1741-7015-8-18

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Adaptation of the Self-Compassion Scale for Use in Brazil: Evidences of Construct Validity. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, Vol. 24, n. 1, 159-172, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.1-11

TANG, Y. Y.; HÖLZEL, B. K. Y.; POSNER, M. I. The neuroscience of mindfulness meditation. **Nature Reviews Neuroscience**, Londres, v. 16, p. 213-225. DOI 10.038/nrn3916.

TAUSCH, A.; OLIVEIRA, R.O.; VICIANA, C.M.; CAYETANO, C.; BARBOSA, J.; HENNIS, A.J. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. **The Lancet Regional Health – Americas**, Washinton, v.5, 2022. DOI:10.1016/j.lana.2021.100118

TAWFIK, D. S. *et al.* Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 171, n. 8, p. 555-67. DOI 10.7326/M19-1152.

THE WORLD Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-09, 1995. DOI 10.1016/0277-9536(95)00112-K.

TROMBKA, M.; DEMARZO, M.; CAMPOS, D.; ANTONIO, S.B.; CICUTO, K.; WALCHER, A.L.; GARCÍA-CAMPAYO, J.; SCHUMAN-OLIVIER, Z.; ROCHA, N.S. Mindfulness Training Improves Quality of Life and Reduces Depression and Anxiety Symptoms Among Police Officers Results From the POLICE Study—A Multicenter Randomized Controlled Trial. **Front. Psychiatry**, v. 12, n. 624876, 2021. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.624876.

VAN DER RIET, P.; LEVETT-JONES, T.; AQUINO-RUSSELL, C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: an integrated literature review. **Nurse Educacion Today**, Edinburgh, v. 65, p. 201-211, 2018. DOI 10.1016/j.nedt.2018.03.018 .

YANG S, MEREDITH P, KHAN A. Is mindfulness associated with stress and burnout among mental health professionals in Singapore? **Psychology, Health and Medicine**, Abingdon, v. 22, n. 6, p. 673-679. DOI 10.1080/13548506.2016.1220595.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) de um projeto de pesquisa intitulado “Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness na qualidade de vida de profissionais de saúde mental” do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP, de Botucatu. Você foi selecionado (a) a participar dessa pesquisa porque todos os profissionais da assistência em saúde mental do CAIS Professor Cantídio de Moura Campos foram convidados.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o quanto a prática de mindfulness e compaixão são capazes de melhorar os indicadores de qualidade de vida, ansiedade e burnout.

Para participar, você deverá preencher os 06 questionários relativos ao projeto:

- 1) Questionário Sociodemográfico;
- 2) World Health Organization Quality of Life Abreviado (WHO-QOL - BREF);
- 3) Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE);
- 4) Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)
- 5) Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS);
- 6) Self Compassion Scale (SCS);

É importante você saber que:

1. Os questionários são simples de responder. Não há respostas certas ou erradas. Você deverá responder as questões conforme seu entendimento;
2. Você irá demorar aproximadamente quarenta minutos para responder os questionários do estudo;
3. Sua participação neste estudo é de caráter exclusivamente voluntário, ou seja, não há remuneração pela participação. De qualquer forma, você estará contribuindo para o desenvolvimento da ciência;
4. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa e sem nenhum prejuízo;

5. É garantido total sigilo do seu nome, imagem e respostas dos questionários, em relação aos dados relatados nesta pesquisa. Os pesquisadores do estudo, bem como as autoridades regulatórias, poderão ter acesso a estas informações caso solicitado, sem que, com isto, a confidencialidade seja quebrada;

6. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa;

7. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Pesquisador responsável: Pedro Henrique Leonetti Habimorad
End: Rod. Gastão dal Farra, km 4 S/N, Bairro Demétria - Botucatu
Fone: (14) 998084774. E-mail: peuhabimorad@hotmail.com

Orientadora: Prof. Dra. Karina Pavão Patrício, Depto de Saúde Pública da FMB-UNESP. End: Rubião Junior, Botucatu, S. Fone: (14) 38801343. E-mail: pavao@fmb.unesp.br

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Data: _____

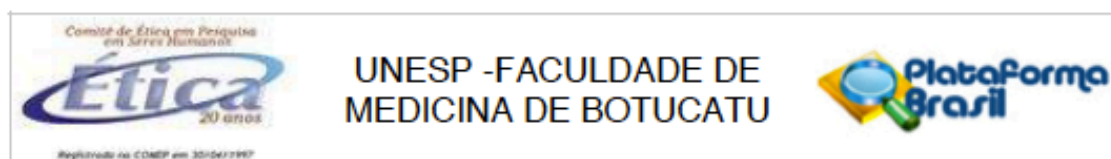
Nome do aplicador: _____

Assinatura do aplicador: _____

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Anexo 2. Parecer Consubstanciado do CEP/FMB-UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness na qualidade de vida de profissionais de saúde mental

Pesquisador: PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94264218.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.809.434

Apresentação do Projeto:

Dentre as profissões mais sujeitas ao estresse destacam-se os profissionais de saúde, devido a exigência pela rapidez do serviço, as inerentes limitações dos procedimentos e tratamentos, os riscos de erros irreversíveis e as características da organização do trabalho, como longas horas de trabalho e plantões noturnos. Pesquisas acerca de Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM) trazem evidências de que estes programas podem beneficiar os profissionais de saúde. Assim, os pesquisadores pretendem avaliar os efeitos de um programa de mindfulness na vida de profissionais de saúde mental.

Trata-se de um estudo quali-quantitativo em que a parte quantitativa consiste em um ensaio clínico randomizado e a parte qualitativa será realizada mediante a técnica de grupo focal, com análise categorial temática dos dados. Primeiramente serão realizadas duas palestras abertas com o objetivo de informar sobre o mindfulness. A intervenção será através de protocolo baseado em Mindfulness para a Promoção da Saúde (curso de 8 semanas) desenvolvido pelo Centro Mente Aberta (UNIFESP) com base em intervenções já consagradas como Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Terapia Dialética Comportamental (DBT). Os profissionais interessados serão alocados de forma aleatória em dois grupos: grupo de intervenção e grupo controle, este último sendo composto por profissionais em lista de espera para um próximo curso. A coleta de dados se dará pela aplicação de 6 questionários, que será dividida em duas etapas para cada uma das aplicações que se darão em três momentos: antes e

Endereço: Chacara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

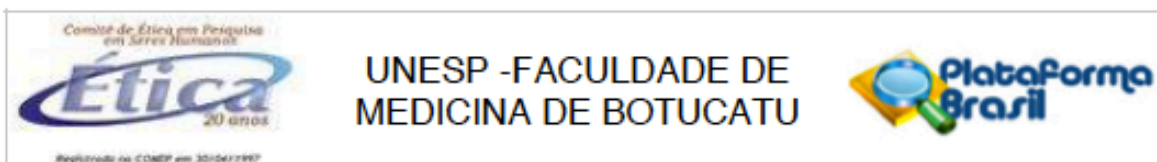
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.809.434

logo após o curso de 8 semanas e 4 meses após o grupo. Como abordagem qualitativa, a sessão de grupo focal após o término do curso de 8 semanas, com a finalidade de investigar a percepção dos participantes sobre o impacto da intervenção em suas vidas pessoais e profissionais.

Tamanho amostral: 47 profissionais vinculados ao CAIS Professor Cantídio de Moura Campos, instituição de saúde mental situada no município de Botucatu. Critérios de inclusão são: pertencer à equipe do CAIS Professor Cantídio de Moura Campos; ter idade 18 anos e assinar o TCLE, sendo excluídos profissionais que por alguma outra razão não podem a priori cumprir com no mínimo 75% da carga horária do curso e com quadros psiquiátricos em estado agudo.

Objetivo da Pesquisa:

Tendo em vista os benefícios da prática do mindfulness para diversos tipos de profissionais, o objetivo da presente pesquisa é avaliar os efeitos de um programa de mindfulness na vida de profissionais de saúde mental de Botucatu, investigando as repercussões desta intervenção nos seus níveis de qualidade de vida, ansiedade, burnout e autocompaixão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente intervenção não apresenta riscos aos participantes.

Benefícios: 1)Redução da ansiedade 2)Redução do estresse 3)Aumento da regulação emocional 4)Aumento da atenção 5)Aumento da autocompaixão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante e adequadamente elaborada. O pesquisador informou todos os questionários que serão aplicados, assim como o conteúdo programático do curso de intervenção e a certificação do instrutor. Foi informado que o haverá um custo de R\$ 250,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação adequada, foram apresentados todos os termos obrigatórios:

- folha de rosto;
- anuência da FMB e CAIS Cantídio de Moura Campos;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- TCLE.

O TCLE está adequado, em forma de convite, de acordo com a Resolução nº 466/2012. Esclarece ao participante quais questionários deverá responder, bem como o tempo estimado para tal

Endereço: Chacara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

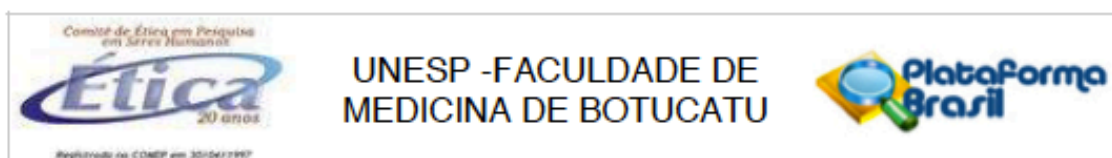
UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.809.434

Recomendações:

Caso seja identificado dificuldades emocionais, recomenda-se encaminhar o participante para tratamento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 06 de agosto de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

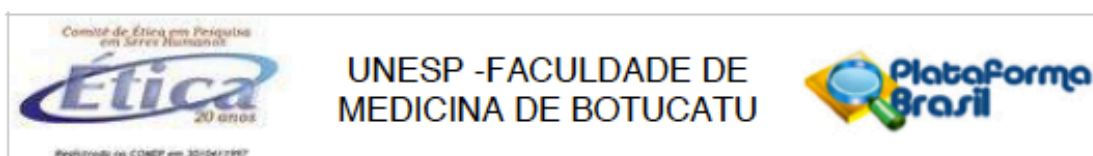
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1177071.pdf	18/07/2018 13:44:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaeap.pdf	18/07/2018 13:42:46	PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	18/07/2018 12:26:31	PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoeap.pdf	18/07/2018 12:25:49	PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisa.docx	10/07/2018 11:33:00	PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.docx	10/07/2018 11:32:43	PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Chacara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609
 CEP: 18.618-970
 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.809.434

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chacara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo 3. Escala WHO QoL BREF

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

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

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4. Versão brasileira da *Self Compassion Scale* (SCS)

Escala de Autocompaixão - Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a "quase nunca" (QN), e 5 significa "quase sempre" (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Por favor, para cada frase, marque com um "X" a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico "pra baixo", não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico "pra baixo", sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					

Por favor, para cada frase, marque com um "X" a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico "pra baixo", tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

Anexo 5. Versão brasileira da *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS)

Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)

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

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

Anexo 6. Programa MBHP (resumido)**PROGRAMA DE MINDFULNESS DE 8 SESSÕES CONTEÚDO GERAL**
Mindfulness Based Health Promotion (MBHP)**CENTRO MENTE ABERTA - UNIFESP****Sessão 1 – O que é Mindfulness: “Saindo do Piloto Automático”**

- Abertura do programa - Como é o Programa?
- Exercício da Uva Passa
- *Body scan*

Sessão 2 – Mindfulness da Respiração

- Dinâmica do 1o e 2o sofrimento
- Exercício completo de atenção plena da respiração

Sessão 3 – Mindfulness na vida diária

- Exercício “lidando com os pensamentos”: Oi - Obrigado – Tchau
- Caminhada com atenção plena
- Proposta de práticas para a semana

Sessão 4 – Estendendo as habilidades de mindfulness para situações desafiadoras

- Prática dos 3 minutos
- Prática de movimento com atenção plena
- Proposta de práticas para a semana

Sessão 5 – Mindfulness, aceitação e ação habilidosa

- Prática de movimentos com atenção plena
- Prática dos 3 minutos em pares
- Prática de mindfulness dos pensamentos
- Proposta de práticas para a semana

Sessão 6 – Dia do silêncio

- Prática da respiração, sensações, sons e pensamentos; caminhar com atenção plena, movimentos com atenção plena, e finaliza com *Body Scan*
- Proposta de práticas para a semana

Sessão 7 – **Mindfulness e Compaixão**

- Prática completa da meditação da compaixão
- Proposta de práticas para a semana

Sessão 8 – **Mindfulness para a vida toda**

- Prática de meditação da compaixão
- Como incorporar uma prática regular de mindfulness
- Prática de encerramento

Anexo 7. Questionário Sociodemográfico

Anexo 07 – Questionário Sociodemográfico

1. Sexo (gênero): _____
2. Idade: _____
3. Estado civil: _____
4. Praticante de alguma religião? _____
5. Peso e altura: _____
6. Escolaridade: _____
7. Mora na zona rural ou urbana? _____
8. Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você? _____
9. Quantos cômodos tem a sua casa? _____
10. Quanto filhos possui? _____
11. Renda familiar mensal: _____
12. Qual é a sua profissão atual? _____
13. A quanto tempo exerce essa profissão? _____
14. A quanto tempo trabalha na área da saúde? _____
15. Já recebeu algum treinamento para profissão atual? _____
16. Se recebeu treinamento anteriormente nesta profissão, como você avalia os treinamentos recebidos?
() Muito adequado () Adequado () Neutro () Inadequado () Muito inadequado
17. Qual é o seu nível de satisfação com o trabalho?
() Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Insatisfeito () Muito insatisfeito
18. Qual é o tipo de vínculo que você possui no trabalho?
() CLT () Concursado () Contrato de curta duração

Outro: _____

19. Como você utiliza o seu tempo quando não está trabalhando? _____

20. Quantas horas de trabalho você tem por semana? (incluindo outros empregos e atividades domésticas) _____