

Daniela da Silva Sopezki

**VIABILIDADE E EFICÁCIA PRELIMINAR DE UMA INTERVENÇÃO
BASEADA EM *MINDFULNESS* NOS SINTOMAS DE *BURNOUT* EM
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO
CONTROLADO**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de
Doutora em Ciências.

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Sopezki, Daniela da Silva.

Viabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção baseada em *mindfulness* nos sintomas de *Burnout* em Profissionais da Atenção Primária à Saúde: estudo controlado \ Daniela da Silva Sopezki. – São Paulo, 2017.
i, 244f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Feasibility and preliminary efficacy of a *mindfulness*-based intervention in the symptoms of Burnout in Primary Care Professionals: controlled study.

1. *Mindfulness* 2. Esgotamento Profissional 3. Atenção Primária à Saúde 4. Saúde do Trabalhador.

Daniela da Silva Sopezki

**Viabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção baseada em
mindfulness nos sintomas de *Burnout* em Profissionais da Atenção
Primária à Saúde: estudo controlado**

Orientador:

Marcelo Marcos Piva Demarzo

Co-orientadores:

Eno de Castro Filho

Sandra Fortes

Tese apresentada à
Universidade Federal de São
Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do
título de Doutora em Ciências

São Paulo

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP-EPM:

Dra. Rosemarie Andreazza

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da UNIFESP-EPM**

Dra. Zila Van Der Meer Sanchez Dutenhefner

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Banca Examinadora:

Dr. Alfredo Cardoso Lhullier

Dr. Ricardo Monezi Julião de Oliveira

Dr. Guilherme Arantes Mello

Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Aprovada em: 22/09/2017

Agradecimento a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que apoiou esta tese, realizada no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, com bolsa de Doutorado da CAPES, na modalidade Desenvolvimento Social, no período de novembro de 2014 a setembro de 2017. Número do Processo: 1457323.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que tem, em seus propósitos de vida, o ideal de contribuir, durante a sua breve passagem pelo planeta, com o constante processo de nosso eterno desenvolvimento humano.

Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Eu quero dizer
Agora o oposto do que eu disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Sobre o que é o amor
Sobre o que eu nem sei quem sou

Se hoje eu sou estrela
Amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio
Amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator

É chato chegar
A um objetivo num instante
Eu quero viver
Nessa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Eu vou desdizer
Aquilo tudo que eu lhe disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.

Dr. Raul Seixas

Conhece-te a ti mesmo... Só sei que nada sei.

Dr. Sócrates

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a minha família por muitas vezes acreditar mais em mim do que eu mesma e por ter aturado todas as minhas reclamações ao longo deste processo. Gratidão as minhas avós, Nelly e Aniela, rezadeiras repletas de fé; aos meus irmãos, Denise e Mauricio, por sempre rirmos das minhas colocações viscerais, suavizando muito a minha vida; a minha mamis Angela e ao meu papis José Alberto, por desde criança estimular o meu gosto pelo estudo e me amar assim como eu sou. Gratidão!

Agradeço às amadas crianças pura luz: Erica, prima querida e Theo, afilhado amado. As suas simples existências, brincadeiras e sorrisos, são por si só profundas inspirações para que eu possa enxergar a vida como uma grande celebração.

Aos inomináveis e incontáveis amigos e amigas e a todos os cuidadores de minha mente e de meu corpo, que sempre reservaram um gesto ou palavra amiga, divertida e encorajadora. Gratidão!

Sou muito grata ao The Doors, Pink Floyd, Foo Fighters, David Bowie, entre outros loucos geniais, porque com suas vozes, mensagens e berros, animaram muito o clima de minha casa em todas as etapas deste doutorado, enquanto alguns vizinhos os detestavam. Somado a isso, agradeço ao café, Jetfuse e Ginseng, por me darem o “up” que às vezes faltava, especialmente na fase da escrita.

Agradeço a todos os colegas de pós-graduação, especialmente ao Áthila e à Tânia, com quem pude trocar apoio, identificação e afeto neste percurso de dramas em comum. Ao orientador, pela abertura da porta para o meu doutoramento. Obrigada a todos que facilitaram o caminho para que a pesquisa acontecesse. Principalmente ao querido Eno e a Sandra e especialmente aos participantes da pesquisa, por me proporcionarem os momentos de maior sentido e aprendizado neste estudo. Juntos, somos todos muito mais fortes! Oh, Yeah!

Aquele abraço a todos os seres que não facilitaram nenhum pouco a minha experiência na tese ou que de alguma forma tornaram este caminho ainda mais árduo. Com tantas pedras que recebi, construí mais uma nova ponte em minha vida!

Ao meu coiso, Álvaro, pelo suporte na finaleira da desova desta tese.

Por fim, às frequências de energia deste universo infinito, filho do grande engenheiro sideral ou sabe-se lá de qual fonte. Foram muitas bênçãos. Gratidão!

Lista de tabelas

Tabela 1: Adesão, abandono e frequência às sessões dos três grupos de intervenções.....	50
Tabela 2: Característica sociodemográficas da amostra nos três distintos grupos.....	53
Tabela 3: Médias das faixas etárias e salariais da amostra nos três grupos de intervenção	54
Tabela 4: Distribuição das ocupações, local de trabalho, contrato e horas semanais de trabalho.....	55
Tabela 5: Características da saúde geral da amostra distribuídas nos três grupos de intervenção.....	56
Tabela 6: Levantamento do número de dependentes por grupo de intervenção....	57
Tabela 7: Prevalência do <i>Burnout</i> e Escores dos percentis referentes ao grau de <i>Burnout</i> nas dimensões da Escala MBI-GS e média parâmetro de cada dimensão distribuídos nos três grupos de intervenção no pré-teste.	58
Tabela 8: Correlações de Pearson entre as dimensões do <i>Burnout</i> no momento basal com as subescalas de Afeto, Experiência, FFMQ e Autocompaixão.....	59
Tabela 9: Correlações de Pearson entre as subescalas Ruminação e Descentramento, Autocompaixão, FFMQ e Afeto, no momento basal.....	60
Tabela 10: Escores das médias, desvio padrão e valores mínimos e máximos pontuados nas escalas MBI, PANAS, FFMQ, Experiência e Autocompaixão no pré-teste e os testes de diferença entre os grupos.....	62
Tabela 11: Médias dos escores nas subescalas em estudo no pré e pós-teste dos grupos de intervenção e como os grupos mudam ao longo do tempo.....	63
Tabela 12: Mudanças médias nos grupos pós-intervenções e suas comparações ajustadas por escolaridade e medidas basais das escalas em estudo.....	64
Tabela 13: Grupos Focais de Mindfulness e Relaxamento e os tempos das gravações.....	98

Lista de quadros

Quadro 1: Breathworks for Stress - Protocolo de Oito Encontros de <i>Mindfulness</i> para Redução de Estresse	38
Quadro 2: Descrição das principais práticas desenvolvidas na Intervenção Breathworks for Stress.....	39
Quadro 3: Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse	40
Quadro 4 :Descrição das principais práticas desenvolvidas na Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse.....	40
Quadro 5: Etapas da Análise Temática e Descrição das Etapas.....	100
Quadro 6: Temas do Pré-Teste, definição do tema e suas respectivas frequências computadas no Grupo de <i>Mindfulness</i> (G1) e de Relaxamento (G2).....	103
Quadro 7: Temas no Pós-Teste, definição do tema e suas respectivas frequências computadas no Grupo de <i>Mindfulness</i> (G1) e de Relaxamento (G2).....	104
Quadro 8: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sobrecarga no Trabalho no pré-teste	106
Quadro 9: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sentimento de Injustiça no pré-teste	109
Quadro 10: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Manifestação do Estresse no pré-teste	112
Quadro 11: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Interferência do Estresse na Qualidade do Trabalho no pré-teste	115
Quadro 12: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Conflitos na Equipe no pré-teste	117
Quadro 13: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Falta de Cuidado com a Saúde do Trabalhador no pré-teste	119
Quadro 14: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Estratégias de Enfrentamento: Absenteísmo e Medicalização no pré-teste	121
Quadro 15: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Expectativas sobre a Intervenção no pré-teste	123
Quadro 16: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Barreiras e Possíveis Facilitadores no pré-teste	124

Quadro 17: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Percepção sobre a Intervenção, no pós-teste	126
Quadro 18: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Engajamento nas Práticas no pós-teste	130
Quadro 19: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Percepção sobre o Impacto da Intervenção, no pós-teste	136
Quadro 20: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sentimento de Injustiça, no pós-teste	145
Quadro 21: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Barreiras, no pós-teste	147
Quadro 22: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Possíveis Facilitadores, no pós-teste	148

Lista de abreviaturas

APS: Atenção Primária à Saúde

AT: Análise Temática

DS: Distritos Sanitários

FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

GD: Gerências Distritais

G1: Grupo da Intervenção *Mindfulness*

G2: Grupo Controle Ativo (Relaxamento)

G3: Grupo Controle Passivo (Lista de Espera)

IBM: Intervenção Baseada em *Mindfulness*

IBR: Intervenção Baseada em Relaxamento

MBI: Escala Maslach de *Burnout*

MSC: *Mindful Self-Compassion*

PANAS: Escala de Afeto Positivo e Negativo

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

SB: Síndrome de *Burnout*.

Lista de anexos

Anexo 1 - Pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIFESP, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição.....	164
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	168
Anexo 3 - Questionário sociodemográfico	171
Anexo 4 - Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI-GS)	174
Anexo 5 - Questionário de Experiências (EQ).....	176
Anexo 6 - Escala <i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i> (FFMQ).....	178
Anexo 7 - Escala de Autocompaixão.....	182
Anexo 8 - Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)	184
Anexo 9 – Gráficos de tendência da mudança em relação à média dos escores na linha basal em todas as subescalas.....	185
Anexo 10 – Tabela: Mudanças médias nos grupos pós-intervenções e suas comparações observadas.....	197
Anexo 11: Questões norteadoras para os grupos focais de Mindfulness e Relaxamento.....	200
Anexo 12 – Fotos autorizadas dos participantes da pesquisa.....	203

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Lista de Tabelas	iii
Lista de Quadros	iv
Lista de Anexos	v
Abreviaturas.....	vi
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos	4
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1. Atenção Primária à Saúde.....	5
2.2. <i>Burnout</i> : história do conceito	7
2.3. <i>Burnout</i> na Atenção Primária à Saúde.....	10
2.4. Intervenções para Redução de Estresse no Trabalho	13
2.5. Intervenção Baseada em Relaxamento (IBR)	15
2.5.1 Relaxamento com Visualização Guiada.....	15
2.5.2 Respiração Diafragmática.....	16
2.5.3 Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)	17
2.5.4 Alongamentos.....	18
2.6 <i>Mindfulness</i>	19
2.6.1 Intervenções Baseadas em <i>Mindfulness</i>	20
2.6.2 <i>Mindfulness</i> , <i>Burnout</i> e Afeto Positivo.....	24
2.6.3 Descentramento e Ruminação.....	27
2.6.4 <i>Mindfulness</i> e Autocompaixão	28
2.6.5 <i>Mindfulness</i> , Autocompaixão e <i>Burnout</i>	30
2.6.6 Justificativa do Estudo	31
3. MÉTODO.....	32
3.1. Hipótese	33
3.2. População	33
3.3. Amostra	34
3.4. Critérios de inclusão	35

3.5. Critérios de exclusão.....	35
3.6. Ética.....	35
3.7. Instrumentos	36
3.8. Intervenções para a Redução de Sintomatologia do <i>Burnout</i>	38
3.8.1. Protocolo de Oito Encontros de <i>Mindfulness</i> para Redução de Estresse	38
3.8.2. Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse.....	40
3.9. Procedimentos.....	41
3.10. Fluxograma do estudo	44
3.11 Análise Quantitativa	46
4. RESULTADOS	48
4.1. Efeitos não esperados.....	48
4.2. Características Sociodemográficas e Epidemiológicas da Amostra.....	50
4.3. Correlações entre as medidas das escalas de <i>Burnout</i> com Afeto, <i>Mindfulness</i> , Experiência e Autocompaixão.....	59
4.4. Correlações entre a Escala de Experiência com medidas de <i>Burnout</i> , Afeto, <i>Mindfulness</i> e Autocompaixão	60
4.5. Impacto das Intervenções nas medidas de <i>Burnout</i> , Afeto, <i>Mindfulness</i> , Experiência e Autocompaixão	61
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS	68
5.1. Caracterização da amostra: perfil epidemiológico e de saúde dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	68
5.2. Relação entre as medidas de <i>burnout</i> com as medidas de afeto, autocompaixão, <i>mindfulness</i> , ruminação e descentramento	71
5.3. Efeito das intervenções para redução de sintomas de <i>Burnout</i> em profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	74
5.4. Efeito das intervenções de relaxamento e de <i>mindfulness</i> nas medidas de afeto, <i>mindfulness</i> , descentramento e ruminação e autocompaixão.....	77
5.4.1. Afeto Positivo e Negativo	77
5.4.2. <i>Mindfulness</i>	80
5.4.3. Descentramento e Ruminação.....	84
5.4.4. Autocompaixão.....	87
6. ESTUDO QUALITATIVO	95
6.1. Amostra	95
6.2. Método: Análise Temática	96
6.3. Resultados e discussão do estudo qualitativo	102
7. Limitações do Estudo	154
8. CONCLUSÕES	155
9. ANEXOS	164
10. REFERÊNCIAS	209

RESUMO

Um dos principais riscos à saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde (APS) é a Síndrome de *Burnout* (SB). *Mindfulness* é um estado psicológico que está positivamente associado com uma variedade de indicadores de saúde mental. As intervenções baseadas em *mindfulness* (IBM) são uma alternativa para o manejo do estresse e SB na APS. O objetivo principal deste estudo foi comparar o efeito de uma IBM de oito encontros (G1), na sintomatologia da SB em profissionais da APS, com uma intervenção breve, de quatro encontros, baseada em relaxamento (G2), além de um grupo do tipo lista de espera (G3). A hipótese inicial foi de que a IBM é superior ao relaxamento nas variáveis de interesse. Método: Ensaio Clínico Controlado não-randomizado, com investigação mista. Para a avaliação dos dados quantitativos utilizou-se: questionário de dados sociodemográficos, MBI-GS, para identificar as dimensões da SB, PANAS, para avaliar afeto, FFMQ, para mensurar as facetas de *mindfulness*, Escala de experiências, para medir descentramento e ruminação e a Escala de Autocompaixão. Resultados: participaram do estudo 142 profissionais de distintos perfis da APS. A prevalência de sintomas de *Burnout* no total da amostra foi considerada moderada. A exaustão e despersonalização foram correlacionadas com todas as dimensões negativas das demais escalas do estudo. Os resultados do estudo de intervenção confirmaram parcialmente a hipótese de superioridade da IBM. Houve superioridade significativa comparada aos demais grupos nas medidas de: bondade, total de autocompaixão, subescala não-julgar e não-reagir e resultados semelhantes em G1 e G2 nas medidas de exaustão, autocrítica e isolamento. G1 é superior ao G3 nas subescalas: cinismo, afeto positivo e negativo, descentramento, fixação e *mindfulness*, descrever e observar, enquanto que o G2 não é superior a G3. Em relação aos dados qualitativos, foram comparados dois grupos, G1 e G2, e após análise temática, no pré-teste, para entender as características do sofrimento do trabalhador, chegou-se a nove distintos temas: sobrecarga, sentimento de injustiça, manifestações do estresse (físicas e psicológicas), interferência do estresse na qualidade do trabalho, conflitos na equipe, falta de cuidado com a saúde do trabalhador, estratégias de enfrentamento (absenteísmo e medicalização), expectativas com a intervenção e implantação do cuidado à saúde (barreiras e possíveis facilitadores), todos debatidos em confronto com a literatura. E no pós-teste: percepção sobre o impacto da intervenção, percepção sobre a intervenção (forças e fraquezas), engajamento nas práticas (formais e informais) e novamente implantação e sentimento de injustiça. Conclusão: Foram evidenciados mais e distintos benefícios a favor da IBM, possivelmente por abordar um repertório mais amplo de habilidades cognitivas, porém a intervenção de relaxamento demonstrou mudanças significativas no alívio da sintomatologia aguda do estresse e da SB. É necessário projetar medidas preventivas para o cuidado da saúde do trabalhador da APS, que promovam habilidades de atenção e manejo do estresse para lidar com as adversidades constantes deste cenário de atuação, tal como se propõe as intervenções baseadas em relaxamento, compaixão e *mindfulness*, conforme proposto nesta pesquisa.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Trabalhador, *Mindfulness*, *Burnout*

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02387528

ABSTRACT

One of the predominant health risks of Primary Health Care (PHC) to the professionals is the Burnout Syndrome (BS). Mindfulness is a psychological state which is positively associated with a variety of mental health indicators. Mindfulness-based interventions (MBI) are alternatives to manage stress and the BS in PHC professionals. The main objective of this study is to compare the effect of an eight-week MBI (group 1 or G1), on the BS symptoms in PHC professionals, with a brief, four-weeks, Relaxation-based intervention (group 2 or G2), as well as a waiting list type group (group 3 or G3). The initial hypothesis is that IBM is superior to relaxation within the variables of interest of the study. Method: Non-randomized controlled clinical trial, with mixed investigation. Different scales were used for the evaluation of the quantitative data: a MBI-GS to identify the dimensions of SB, sociodemographic data questionnaire, PANAS to evaluate affection; FFMQ to measure the aspects of mindfulness; Experience Scale to measure decentring and rumination and the Self-Compassion Scale. Results: 142 professionals from different PHC profiles took part in the study. The prevalence of Burnout symptoms in the total sample was considered moderate. Exhaustion and depersonalization were correlated with all the negative dimensions of the scales used in this study. Results of the intervention study partially confirmed the hypothesis of superiority of IBM. There was significant superiority compared to the other groups in the measurements of goodness, total self-compassion, non-judgmental and non-reactive subscales and similar results in G1 and G2 in the measurements of exhaustion, self-criticism and isolation. G1 is superior to G3 in the following subscales: cynicism, positive and negative affection, decentring, fixation, mindfulness, describe and observe. G2 is not superior to G3. Regarding qualitative data, two groups, G1 and G2, were compared by the thematic analysis in the pre-test, to understand the characteristics of the professional's suffering. Then, nine different topics were reached: overload, injustice, physical and psychological stress manifestations, stress interfering on the quality of work, conflicts within teams, lack of care for the professional's health, coping strategies (absenteeism and medicalization), expectations with intervention and implementation of health care (barriers and possible facilitators). And in the post-test: perception of the intervention's impact, perception of intervention itself (strengths and weaknesses), engagement in practices (formal and informal) and again, implantation and injustice. All themes were debated with basis on the literature. Conclusion: More and distinct benefits of IBM have become clear, possibly by addressing a wider repertoire of cognitive abilities, but the relaxation intervention demonstrated significant changes in the relief of acute stress and BS symptomatology. It is necessary to design protective measures for the health care professionals of PHC to promote skills like attention and stress management to deal with the adversities, like relaxation, compassion and mindfulness interventions, as proposed in this research.

KEYWORDS: Primary Health Care, Occupational Health, Mindfulness, Burnout

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02387528

1. INTRODUÇÃO

A inspiração para a realização deste trabalho surgiu da minha própria experiência de vida pessoal e profissional. No lugar de servidora pública, psicóloga clínica, lotada em uma Unidade de Saúde, tive a oportunidade de vivenciar intensamente, ao longo de nove anos de trabalho, todas as situações no cenário da saúde pública do Brasil, compartilhadas pelos trabalhadores e participantes deste estudo.

Depois de alguns anos de trabalho, a experiência de adoecimento, em função de estresse no trabalho despertou a minha necessidade de refletir e de contribuir com inovações para a saúde do trabalhador e dos usuários. Na minha trajetória profissional, como psicóloga clínica e professora de Yoga, surgiu a curiosidade por uma intervenção que pudesse aliar os saberes e práticas orientais com uma linguagem ocidental, totalmente ajustadas à realidade multicultural brasileira. Na tentativa de garantir este enlace, surgiu o encontro com o conceito de *mindfulness*, a busca pelo estudo e a formação, recomendada pelo orientador da tese.

Na ocasião, não haviam formações para instrutores de *mindfulness* no país. Em 2011, fui pela primeira vez à Inglaterra para começar o treinamento. O objetivo original em estudar o *mindfulness* foi oferecer uma proposta de intervenção integrativa e complementar aos cuidados da saúde física ou psicológica. Na própria unidade de saúde aconteceram os primeiros ensaios com pequenos grupos de *mindfulness*, compostos por usuárias, todas minhas pacientes de psicoterapia individual, para que pudesse acompanhar melhor as experiências sentidas.

À medida que o aperfeiçoamento técnico se aprofundava, com novas idas à Breathworks, a intervenção foi se difundindo e sendo proposta a colegas de trabalho, profissionais que sentiam o impacto do estresse de suas ocupações. Depois de alguns anos de ensaio na atuação profissional, o *mindfulness* se tornou o objeto do campo de pesquisa.

Desde a época das intervenções na saúde pública eu pude conhecer as barreiras e dificuldades em relação a viabilidade de tal proposta, mas nunca perdi o entusiasmo e a crença de que a intervenção poderia ser uma alternativa eficaz para o cuidado da saúde do trabalhador e de usuários, especialmente porque os profissionais da Atenção Primária à Saúde, porta de entrada para os usuários no

sistema de saúde, estão sujeitos a uma série de fatores que os vulnerabilizam ao estresse, amplamente conhecido neste campo de estudo.

Os efeitos do estresse crônico podem provocar prejuízos para a saúde do profissional, relações interpessoais com as equipes e usuários ou execução das suas atribuições. O impacto da submissão a fatores crônicos de estresse, dentre estes, o conflito entre as exigências por um trabalho qualificado e as possibilidades reais de sua execução tem elevado a frequência de sintomas da Síndrome de *Burnout*.

O *Burnout* acomete, principalmente, aqueles que trabalham sob condições mais precárias, especialmente quando as seis áreas da vida no trabalho: sobrecarga, controle, recompensa, senso de comunidade, justiça e valores não estão em harmonia com o trabalhador, conferindo riscos para o desenvolvimento desta síndrome, especialmente quando os recursos individuais de enfrentamento começam a se fragilizar, em um ciclo que envolve a exaustão física e emocional, estratégias defensivas como a desumanização e a perda de satisfação e eficácia no trabalho.

O *Burnout* é uma consequência do estresse, instituído pelo Ministério da Saúde na lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, como a “Sensação de Estar Acabado”. Embora o Ministério da Saúde tenha instituído a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, observa-se uma lacuna na concretização dessa política, que se traduz na falta de cuidados efetivos e preventivos às demandas da saúde dos trabalhadores da atenção primária.

As novas exigências contemporâneas de trabalho suscitam preocupações de que o *Burnout* tende a piorar se aumentar a demanda de assistência aos pacientes e as questões administrativas do trabalho. Em geral, são altas as taxas de trabalhadores do setor da saúde que sofrem dos sintomas de *Burnout*, o que por sua vez acarreta problemas para o portador da síndrome, para as organizações, pacientes e o sistema de saúde como um todo.

Por essas razões supracitadas, estratégias preventivas para o estresse e o *Burnout* do trabalhador da saúde devem incluir alternativas que afetem tanto o nível individual quanto o nível organizacional, ou seja, amparadas em uma abordagem sociopsicológica, embora neste estudo, a abordagem proposta para manejo do estresse teste o impacto apenas no âmbito individual.

Dentre as várias opções de intervenções para a redução dos sintomas do *Burnout* testou-se duas distintas abordagens: uma baseada em *mindfulness* e a outra baseada em relaxamento. As técnicas de relaxamento, de maneira geral, atuam no sistema nervoso autônomo parassimpático regulando o corpo para que possa descansar e encontrar uma sensação de alívio do estresse. Na definição mais clássica de *mindfulness*: “a consciência que emerge ao prestar atenção de uma maneira particular: com propósito, no momento presente e sem julgamentos”, as técnicas atuariam na promoção de regulação atencional e emocional, predominantemente.

Neste ensaio clínico controlado, os profissionais da atenção primária participaram de três distintos grupos de intervenção: lista de espera, relaxamento ou *mindfulness*, a fim de testar os diferentes impactos das intervenções nas medidas de *Burnout*, autocompaixão, descentramento e ruminação, afeto positivo e negativo e *mindfulness*, bem como entender algumas dessas correlações.

Acredita-se que a intervenção baseada em *mindfulness* (IBM) seja superior ao relaxamento em todas as medidas no pós-teste, já que as IBM, no formato de oito semanas, apresentam variadas evidências de eficácia para problemas como: sintomas de ansiedade e depressão, estresse, manejo de dor, comportamentos aditivos, entre outros. Essa prática vem sendo cada vez mais difundida como mais uma alternativa complementar ao cuidado da saúde e prevista na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

É muito importante garantir alternativas de cuidados de saúde para os profissionais da atenção primária, dadas as condições de estresse nas quais atuam, afim de melhorar as suas condições de resistência ao estresse e preveni-los contra o *Burnout*, garantindo a possibilidade de atuarem conforme seus potenciais internos para que possam contribuir com inovações e tomadas de consciência que contribuam efetivamente para as condições da APS.

É corrente na literatura, de modo geral, que as evidências atuais sugerem que o estado de *mindfulness* está positivamente associado com uma variedade de indicadores de saúde mental, sugerindo um promissor potencial dessas intervenções no alívio do estresse e na promoção do bem-estar. Além do *mindfulness*, um outro conceito trabalhado nestas intervenções, especialmente no protocolo utilizado nesse projeto, Breathworks for Stress, na qual tenho a certificação, é o de autocompaixão,

considerado um antídoto para o manejo de emoções e situações difíceis, além de um forte promotor de resiliência psicológica.

O *Burnout* pode afetar a capacidade de uma pessoa mostrar compaixão e tem sido relacionada a sentimentos de tensão emocional, redução da satisfação no trabalho, enquanto que o aumento nos escores de autocompaixão nos profissionais de saúde auxiliam na redução de estresse. Essa habilidade é fundamental para manter o funcionamento ideal em profissionais de serviços humanos.

O estudo propõe que a participação em um programa de *mindfulness* pode melhorar o manejo de situações estressantes no trabalho, destacando o potencial da aplicabilidade de *Mindfulness* como uma estratégia preventiva contra o risco de desenvolvimento de *burnout* em profissionais de saúde. É muito importante avaliar uma intervenção baseada em *mindfulness*, quantitativamente e qualitativamente, para que possamos ajustar as propostas às demandas desta população, além de ouvi-los para que os desafios e barreiras à implantação dessas estratégias possam ser paulatinamente rompidos.

Acredita-se que as intervenções, baseada em *mindfulness* e em relaxamento, tal como sugeridas nesta pesquisa são alternativas para a promoção e prevenção da saúde e devem ser inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Comparar o efeito de uma intervenção baseada em *mindfulness*, nos sintomas de *Burnout* em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) com uma intervenção breve baseada em relaxamento e lista de espera.

Objetivos secundários:

- Descrever o perfil epidemiológico e de saúde de profissionais da Atenção Primária à Saúde.
- Identificar os principais fatores causadores de sofrimento em relação ao estresse no trabalho em profissionais da APS.

- Comparar o efeito das intervenções de lista de espera, relaxamento e *mindfulness* no afeto positivo e negativo, autocompaixão, *mindfulness* e descentramento e ruminação.
- Analisar a relação entre as medidas de *burnout* com as medidas de afeto, autocompaixão, *mindfulness* e descentramento no pré-teste
- Avaliar a percepção do impacto das intervenções de *mindfulness* e de relaxamento na saúde dos trabalhadores.
- Analisar a percepção sobre a viabilidade das intervenções de *mindfulness* e de relaxamento para o cuidado da saúde do trabalhador.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006).

A APS utiliza tecnologias de elevada complexidade cognitiva e relacional e de baixa densidade, de equipamentos diagnósticos que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e de relevância em seu território, levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de

sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A APS tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à APS, dentre eles estão: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. É prevista, ainda, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média recomendada de até 3000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias dos territórios, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (Brasil, 2006). Têm-se observado que os profissionais que compõem essas

equipes estão submetidos a fatores de risco psicossociais (Souza e Virgens, 2013) e ambientais relacionados ao trabalho que geram sintomas físicos e psicológicos, associados ao estresse laboral (Martins, Laport, Menezes, Medeiros e Ronzani, 2014).

Uma extensa literatura descreve potenciais causas do estresse do profissional da saúde, devido à sobrecarga de trabalho, pacientes difíceis, sofrimento moral, estressores pessoais, questões referentes ao sistema de saúde, entre outros (Maslach, 2001; Rushton, Batcheller, Schroeder e Donohue, 2015; Leonelli, Andreoni, Martins, Kozasa, Salvo, Sopezki, et al, 2017). Profissionais da APS com níveis cronicamente elevados de estresse apresentam maior predisposição para a síndrome de *Burnout*. Como consequência, pode haver comprometimento da qualidade oferecida na atenção à saúde, diminuição da qualidade dos resultados clínicos (Martins et al, 2014, Salyers, Bonfils, Luther, Firmin, White, Adams, Rollins, 2016) e aumento da insatisfação dos pacientes com a atenção em saúde (Passero, 2016).

2.2 *Burnout*: história do conceito

Burnout é uma palavra da língua inglesa que, segundo o dicionário de Oxford, denota queima ou falha de algo que deixou de funcionar por excesso de energia utilizada, por isso tem essa conotação de exaustão, colapso, desgaste ou esgotamento, físico ou mental, no que tange ao contexto da saúde do trabalhador.

A trajetória da evolução do conceito parece começar nos idos 1953, com o relato de caso de Schwartz e Will, a partir das experiências de uma enfermeira, a "Miss Jones", no seu cuidado a um paciente internado em uma unidade psiquiátrica. Neste relato é descrito um processo de "deterioração da moral", que consistia de sentimentos de fracasso, raiva, ressentimento, culpa, vergonha, desânimo e um afastamento, indiferença e isolamento na relação terapêutica com o paciente. Schwartz e Will (1953) previam que os profissionais da ala pudessem desanimar, devido a carga do cuidado a esses pacientes, doentes mentais crônicos, ser muito pesada para suportar. Desde a época, chamaram atenção à necessidade de estudar as mudanças oriundas das relações terapêuticas nesse trabalho, fruto de uma convivência contínua e emocionalmente intensa.

No andamento do tempo, em 1960, Greene descreveu “A Burn Out Case”. Neste relato faz alusões ao sofrimento de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido à exaustão física e emocional, tal como os sintomas e sentimentos descritos atualmente e que definem a Síndrome de *Burnout* (SB) (Maslach e Schaufeli, 1993).

Em 1969, fruto de um estudo observacional, ao longo de dois anos, no Institute for the Study of Crime and Delinquency, a expressão “staff burn-out” passa a ser empregada por Bradley. Este termo referia-se ao desgaste observado nas equipes de profissionais que trabalhavam na ressocialização de adultos jovens infratores em instituições correcionais. Embora o termo tenha sido usado anteriormente, foi Freudenberg (1974) o pioneiro a descrever o *Burnout*, como uma síndrome composta por uma variedade de sintomas e graus de severidade, que envolve sintomas físicos e comportamentais, como por exemplo: fadiga, descontroles emocionais, desilusão, cinismo, culpa e isolamento. O *Burnout*, na visão de Freudenberg, estaria associado às profissões que lidam com serviços assistenciais e de saúde, e ocorreria dos frutos de um sentimento de fracasso e de exaustão provocados por um excessivo desgaste de energia e de recursos pessoais na tentativa de lidar com as dificuldades encontradas no trabalho.

Embora existam diversos debates na literatura científica a respeito da definição da SB, o conjunto de sintomas parece ainda não se configurar em uma doença claramente definida e há dúvidas sobre o quanto se difere a um tipo de estresse crônico estritamente relacionado ao trabalho ou pertença ao espectro da depressão (Bianchi, Schonfeld e Laurent, 2015).

Maslach e Jackson (1981) com base no estudo dos processos de categorização emocional chegam a três dimensões e definem a Síndrome de *Burnout*, como uma síndrome de esgotamento que envolve: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização no trabalho. A exaustão emocional caracteriza-se por uma sensação de falta de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento físico, psíquico ou os dois, para a realização do trabalho. A despersonalização é a adoção de condutas desumanizadas, dissimuladas, devido a um distanciamento afetivo.

As excessivas demandas de trabalho que exigem um esforço constante, ao longo do tempo, podem resultar em custos para os cuidados da saúde, gerando sintomas, como a exaustão emocional, especialmente quando os recursos de enfrentamento do estresse são baixos. À medida que os profissionais vão se esgotando, eles retiram a energia emocional do trabalho, vivenciando a despersonalização, que para Hobfoll (1989) seria uma estratégia de conservação de recursos. Na terceira dimensão, a falta de envolvimento com o trabalho, engloba um sentimento de fazer incorretamente as tarefas e a consequente sensação de incompetência, inadequação pessoal e profissional devido à tendência de uma autoavaliação negativa que aumenta o risco de afetar a realização do trabalho.

Posteriormente, o conceito de *burnout* foi revisto para atender a todos os tipos de ocupações profissionais. Passa a ser conceituado como uma “síndrome psicológica em reação a estressores interpessoais e crônicos no trabalho” (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

As definições sobre *Burnout* foram agrupadas em quatro distintas concepções: clínica, organizacional, sócio-histórica e sociopsicológica (Carlotto e Gobbi, 1999). Na perspectiva clínica, proposta por Freudenberg (1974), representa um estado de exaustão e esgotamento, como resultado de um trabalho exaustivo e que não atende as necessidades do indivíduo; portanto, seu desenvolvimento é influenciado por características pessoais do trabalhador.

Na perspectiva organizacional, os três sintomas que compõem a síndrome seriam respostas de enfrentamento a um trabalho estressante ou monótono. Sob o ponto de vista sócio-histórico, Sarason (1983) ilustra que as condições psicológicas complexas do perfil da sociedade se sobrepõem às questões individuais e organizacionais. Então, as ocupações voltadas para o cuidado e o desenvolvimento de outro ser humano, que se aproximam de uma perspectiva comunitária, seriam incompatíveis com os valores sociais individualistas.

Na abordagem sociopsicológica da síndrome, atualmente a mais utilizada, Maslach e Jackson (1981) indicam como o estresse laboral leva ao tratamento mecânico do cliente, devido a uma tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos. Essa perspectiva é condizente com a teoria da troca social, ao postular que o estabelecimento de relações sociais

recíprocas é essencial para a saúde e o bem-estar dos indivíduos. De acordo com esta teoria, o mecanismo psicológico subjacente ao desenvolvimento do *burnout* seria a sensação de falta de reciprocidade nas relações de trocas sociais (Schaufeli, 2005) possivelmente, conforme descreve Farber (1990; 1999, 2000), devido ao mal-estar sentido pelo trabalhador ao perceber uma discrepância entre os seus esforços no trabalho e as recompensas que recebe. Além deste processo, aspectos pessoais, organizacionais e sociais interferem na constituição da SB.

2.3. *Burnout* na Atenção Primária à Saúde

Burnout é uma consequência da exposição crônica ao estresse, considerado pela Organização Mundial de Saúde como uma doença profissional (WHO, 1994). O Ministério da Saúde instituiu na lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, conforme a portaria nº 1339, a Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0), nos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 Z56.6) (Brasil, 1999). Essa categoria diagnóstica ainda não faz parte do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), embora o debate esteja acontecendo.

De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil, foram registrados apenas 60 casos da doença no período entre 2007 (ano em que foi considerada pela Previdência Social como uma doença responsável por afastamentos do trabalho) e 2015, conforme apontado no balanço do Código Internacional de Doenças (CID10) Z73.0. São Paulo foi o estado com maior prevalência de casos notificados, com um total de quinze, conforme os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2015, alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser prevista na lista de doenças ocupacionais da Previdência Social, a síndrome é pouco notificada pela perícia técnica, que mais frequentemente

diagnostica episódio depressivo, reação ao stress grave ou transtorno misto ansioso e depressivo, conforme os dados de prevalência de 3313 casos notificados de agravo à saúde relacionados a transtornos mentais, causados pela ocupação. Apenas 67 casos foram diagnosticados como Esgotamento, entre 2008 e 2015 (SINAN, 2015).

Codo e Vasques-Menezes (2000) destacam que o conflito entre as exigências de um trabalho qualificado e as possibilidades reais de sua execução tem elevado a frequência de *burnout*, que acomete, principalmente, aqueles que trabalham sob condições precárias. O Ministério da Saúde, em 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conforme portaria no 1823, mas observa-se que a concretização dessa política ainda constitui um desafio. É notável, na realidade brasileira, a falta de cuidados efetivos e preventivos à saúde dos trabalhadores da atenção primária (Dias, Rigotto, Augusto, Cancio, Hoefel, 2009; Evangelista, Pontes, Silva e Saraiva, 2011).

Os próprios Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) não oferecem ações suficientes para as demandas, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como metas. Isso tem obstaculizado a superação da precariedade do trabalho contemporâneo e a proteção integral à saúde dos trabalhadores (Costa, Lacaz, Jackson Filho, Vilela, 2013).

Um grande número de estudos destacam a natureza problemática do *burnout* em uma variedade de profissionais de saúde da atenção primária à saúde (Albuquerque, Melo e Neto, 2012; Silveira, Câmara, Amazarai, 2014). Pesquisas envolvendo amostras específicas também encontram prevalências de sintomas de *Burnout* em enfermeiros (Khamisa, Peltzer e Oldenburg, 2013; Mercês, Silva, Lopes, Lua, Oliveira e Servo, 2015), trabalhadores de saúde mental (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita e Pfahler, 2012), médicos (Morelli, Sapede e Silva, 2015) e agentes comunitários de saúde (Maia, Silva, Mendes, 2011; Mota, Dosea e Nunes, 2014, Porciuncula, 2015).

Mudanças recentes nos cuidados à saúde também suscitaram preocupações de que o *burnout* tende a piorar se aumentar a demanda de assistência aos pacientes e as questões administrativas do trabalho (Dyrbye e Shanafelt, 2011).

Estudo recente demonstrou um aumento significativo do *burnout* entre os médicos comparados à população em geral (Shanafelt, Hasan, Dyrbye, Sinsky, Satele, Sloan et al, 2011).

A prevalência de *burnout* está relacionada com a de estresse laboral e as porcentagens parecem variar em função da profissão, do país de referência e dos pontos de corte aplicados para o diagnóstico (Paoli e Merllié, 2001, Milczarek, Schneider e Rial-González, 2009). Se considerarmos como casos de *burnout* aqueles sujeitos que pontuam alto nas dimensões de cansaço emocional e despersonalização e que, ao mesmo tempo, pontuam baixo na dimensão de realização pessoal, os dados de prevalência encontrados oscilam, conforme a população e ambiente de trabalho, entre 4% (Schaufeli e Enzmann, 1998) a 30,5% (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle e Domínguez, 2004). Em geral, diz-se que ao redor de 12% dos trabalhadores poderiam sofrer, atualmente, da síndrome de *burnout*. Tomando como referência o setor saúde, estima-se a prevalência de *burnout* em torno de 11,7% (Silva, 2015).

O *Burnout* acarreta uma série de problemas, não exclusivamente para o portador da síndrome, mas conjuntamente para as organizações, pacientes e o sistema de saúde como um todo. Trabalhadores com *burnout* muitas vezes experimentam sintomas físicos e mentais, problemas de relacionamento, redução da satisfação no trabalho e os problemas que impactam também em um nível organizacional: ausências, atrasos, licenças, redução do compromisso com o trabalho, além de poder afetar a qualidade e a segurança dos cuidados à saúde (Salyers et al., 2016).

Williams, Savage e Linzer (2006) ilustram um modelo cíclico, pelo qual o *burnout* afeta negativamente a qualidade do atendimento ao paciente, gerando clientes insatisfeitos, baixa adesão e resultados mais frágeis de saúde, que podem causar esgotamento adicional em quem já possui a síndrome. Além disso, o *burnout* tem sido associado a deficiências cognitivas, incluindo déficits de atenção que impactam em falhas no trabalho que podem levar a erros (Van der Linden, Keijsers, Eling, Van Cshaijk, 2005). O *Burnout* interfere no desempenho do trabalho, provocando um cuidado mais frágil aos pacientes, diminuição da satisfação do paciente e erros na assistência ao cliente. Além disso, a partir de uma perspectiva

do sistema de saúde, essas sequelas podem ser prejudiciais ao funcionamento efetivo e financeiramente viável em um sistema que depende do controle de custos e da utilização eficaz de seus recursos (Schaufeli e Greenglass, 2001; Maslach e Schaufeli, 2001; Khamisa, Oldenburg e Peltzer, 2015).

É possível, inclusive, que o impacto de um membro da equipe de trabalho, com *Burnout* não seja suficiente para baixar os resultados da qualidade, mas o *burnout* pode estar sujeito a uma espécie de “contágio”, em que um ou alguns portadores da síndrome, entre os membros da equipe poderiam impactar negativamente toda a equipe com os seus sintomas e comportamentos (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, 2001; Bakker, Blanc e Schaufeli, 2005). Por esses motivos, sugestões de prevenção e de estratégias de intervenção para o estresse e *burnout* do trabalhador da APS devem incluir alternativas que afetem tanto o nível individual quanto o nível organizacional, tais como abordagens integradas que normalizem a experiência do estresse entre todos os profissionais e crie uma cultura de abertura e de compreensão (Michie, 2002).

2.4. Intervenções para Redução de Estresse no Trabalho

Uma gama de alternativas de intervenções para a redução dos sintomas do *Burnout* apresentam resultados promissores, como por exemplo, intervenções de relaxamento, *mindfulness*, cognitivo-comportamentais, recreação, treinamento de habilidades psicosociais, testadas em variadas populações de profissionais da saúde (Awa, Plaumann e Walter, 2010). São necessários mais estudos de longo prazo para destacar os planos de intervenção, a fim de manter os possíveis efeitos positivos para prevenir ou tratar o *burnout*, bem como seus custos e benefícios. Ações multidisciplinares que incluem mudanças nos fatores ambientais do trabalho, juntamente com programas de gerenciamento de estresse que ensinam as pessoas a lidarem melhor com eventos estressantes, demonstraram soluções promissoras para gerenciar o *burnout* (Romani e Ashkar, 2014).

A meta-análise de Van der Klink, Blonk, Schene e Van Dijk (2001) que determinou a eficácia das intervenções para redução de estresse no trabalho e as populações para as quais essas são mais benéficas, sem incluir as Intervenções

Baseadas em *Mindfulness* (IBM), encontrou três tipos de intervenções, focadas no indivíduo e não na organização: cognitivo-comportamentais, técnicas de relaxamento e programas multimodais. Em um outro estudo de revisão (Romani e Ashkar, 2014) que incluiu as IBM, destaca-se que a eficácia destes programas, a longo prazo, na prevenção do *burnout*, depende da combinação do tratamento psicoeducativo com sessões de reforço, da duração do programa, do foco e da sustentabilidade da oferta. No entanto, frisam que, até agora, não houve estudos rigorosos que o provem. Assim, faz-se necessária uma investigação com delineamento de intervenção controlada, dirigida aos profissionais da saúde, a fim de verificar o que pode melhorar o bem-estar psicológico, a satisfação com o trabalho e a qualidade dos cuidados prestados.

Benson (2010) resume os efeitos do estresse cumulativo e prejudicial ao funcionamento do organismo, como: aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, aumento do tônus muscular, aumento do metabolismo e diminuição da função imune, ou seja, efeitos deletérios sobre a capacidade natural de retorno do organismo ao equilíbrio homeostático anterior ao estresse. Benson foi o pesquisador que descobriu a resposta de relaxamento (*relaxation response*), na década de 1970.

As técnicas de relaxamento, de maneira geral, atuam no sistema nervoso autônomo (SNA). O SNA tem uma divisão: o SNA simpático prepara o indivíduo para luta ou fuga se houver seu acionamento, e o SNA parassimpático regula o corpo para que possamos descansar ou digerir e, quando ativado, diminui a pressão sanguínea e a frequência cardíaca e respiratória, promovendo um estado mais relaxado e com sensação de alívio do estresse (Esch e Stefano, 2010).

A resposta de relaxamento pode ser compreendida como uma capacidade natural dos organismos a retornarem ao seu estado basal, uma vez cessada a fonte de estresse ou os estímulos adversos (internos e/ou externos). Bem como destaca Benson (2010), também alerta para o fato de que a resposta de relaxamento não é mobilizada com tanta rapidez como ocorre com a resposta de luta ou fuga, e que pode ser potencializada por práticas e/ou técnicas terapêuticas tradicionais, tais como: técnicas de respiração, meditação de concentração e/ou de insight ou *mindfulness*, atividade física, oração, relaxamento muscular, yoga, imaginação

guiada, entre outros. Benson pontua que inclusive a meditação e o *mindfulness* podem eliciar uma resposta de relaxamento, embora não a classifique como uma prática de relaxamento.

Como os indivíduos diferem a respeito de quais habilidades de relaxamento são mais eficazes para eles, Dieffenbacher (2008) ressalva que é importante que se treine múltiplas habilidades de relaxamento para o enfrentamento e inoculação de estresse em quem poderia se beneficiar das práticas de relaxamento. O autor categoriza o emprego das habilidades de relaxamento nos seguintes tipos: relaxamento sem tensão (concentrar-se e soltar grupos musculares, inspirando profundamente e deixando que a tensão se esvaia com cada expiração), relaxamento controlado por estímulos (relaxar com cada repetição lenta, rítmica de uma palavra ou uma frase como “relaxe”, que foram previamente emparelhadas com o relaxamento) e relaxamento baseado na imaginação (fechar os olhos por breves períodos de tempo e recordar vividamente uma imagem relaxante).

2.5. Intervenção Baseada em Relaxamento (IBR)

Dentre as diversas técnicas de relaxamento, optou-se, neste projeto, pelas seguintes: a) visualização guiada, b) respiração diafragmática, c) relaxamento muscular progressivo e d) alongamentos. Todas também são técnicas mente-corpo, distintas das práticas utilizadas no *mindfulness* e que portanto, também podem estimular uma maior consciência corporal, cognitiva e emocional, que podem garantir um maior engajamento, graças a tomada de consciência, com o autocuidado.

3.5.1. Relaxamento com Visualização Guiada

Essa técnica consiste de se imaginar numa situação confortável, de modo a proporcionar bem-estar psicológico, através da imaginação, pensamentos positivos, visualizações ou impressões sensoriais mentais conscientemente criadas de modo a treinar-se para relaxar e ignorar o estresse (Davis, 1996). A visualização guiada baseia-se nas reações psicofisiológicas dos pacientes ao ambiente imaginado para ajudá-los a otimizar a atividade fisiológica para aliviar a dor ou o desconforto. O

instrutor utiliza dispositivos externos para ajudar o paciente a relaxar e a formar imagens fortes, claras e positivas para substituir os sintomas. Imagens eficazes apoiam-se em diversas modalidades sensoriais (visão, tato, audição, até olfato e paladar). As imagens podem ser guiadas com variados recursos, como músicas ou sugestões verbais ou sons ambientes ou gravados da natureza (Straub, 2014).

A técnica começa com o paciente adotando uma postura confortável, começando com a respiração diafragmática. Depois, começa o processo de relaxar todo o corpo, passivamente, sem contrair os músculos, com comandos para que se relaxe. Posteriormente, guia-se a imaginar um lugar seguro e relaxante, estimulando a visualização de uma imagem clara com vários aspectos sensoriais. Em um determinado momento, a pessoa é convidada a imaginar que um sintoma se alivia ou se transforma, de maneiras criativas, conforme a preferência dela. O relaxamento vai se encerrando com respirações diafragmáticas e o retorno da atenção para o ambiente (Straub, 2014; Mousley, 2015; Nicolussi, 2016).

3.5.2. Respiração Diafragmática

Frequentemente, a respiração de quem está tenso ou ansioso tende a ser superficial, rápida, ofegante e alterna tentativas de retenção do ar com a inspiração de grande volume de ar. Os padrões inadequados de respiração conduzem a hiperventilação e a sintomas desconfortáveis. Essas sensações podem ser controladas, inicialmente, pela respiração adequada (Manfro, Heldt, Shinohara, 2004).

A respiração diafragmática promove relaxamento, porque estimula o sistema nervoso autônomo parassimpático (Martarelli, Cocchioni, Stefania e Pompei, 2011). É fundamental demonstrar ao paciente a diferença entre os movimentos da respiração torácica e da diafragmática (Kapczinski e Margis, 2004) para que o objetivo do relaxamento seja atingido, ou seja, o número de respirações por minuto tender a diminuir, prolongando assim a extensão de cada ciclo respiratório. A intensidade desta ocorrência está relacionada à profundidade do relaxamento e à técnica que está sendo empregada porque a respiração possui uma relação íntima com o estado emocional. Quando se modifica o ritmo respiratório, pode-se obter, também, uma alteração no estado emocional.

A orientação para a técnica de respiração diafragmática consiste em instruir o paciente a inspirar o ar pelo nariz, lenta e profundamente, enchendo até o fundo dos pulmões, assim, o tórax move-se levemente enquanto o abdômen se expande e o diafragma move-se para baixo. Após uma inalação profunda de ar, é sugerido ao paciente que segure a respiração por alguns segundos e então exale lentamente através de expiração controlada, também pelo nariz (Gilbert, 1999).

3.5.3. Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)

O relaxamento muscular progressivo é uma técnica amplamente utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental e tem um efeito positivo sobre os resultados do enfrentamento do estresse (Rice, 2007, Wright, Basco e Thase, 2008). Jacobson (1938) postulou que o relaxamento muscular modifica as respostas mentais ao atenuar as reações do estado afetivo negativo e os comportamentos associados a elas. Para Jacobson, a experiência central da ansiedade é a tensão muscular, que envolve contração ou encurtamento das fibras musculares. A fim de reduzir o impacto da tensão, desenvolveu uma técnica chamada de “Relaxamento Muscular Progressivo”, a qual objetiva levar o paciente a um estado profundo de relaxamento muscular.

Jacobson (1938) postulava que o estado poderia reduzir a grande ativação da parte central do sistema nervoso e da divisão autônoma do sistema nervoso simpático, restabelecendo o bem-estar psicológico e físico. O relaxamento dos músculos deveria, inclusive, reduzir as estimulações emocionais, atenuando assim a pressão arterial e a frequência cardíaca. A técnica consiste em aprender a tensionar e, em seguida, a relaxar os principais grupos musculares do corpo, de forma a conseguir diferenciar quando o músculo está tenso e quando está relaxado. Dessa forma, uma vez que se tenha aprendido a técnica, este comportamento se tornará um hábito, e será identificado rapidamente nas situações de cada dia, quando a musculatura for tensionada mais do que o necessário (Vera e Vila, 2002; Horn, 1988).

Wolpe (1958) acreditava que esse método tomava muito tempo para ter efeito na ansiedade, em torno de 50 a 200 sessões. Então, adaptou o método para até 6 sessões de 20 minutos e duas sessões diárias de 15 minutos. Em sessões subsequentes, ao relaxamento, Wolpe (1961) associou a evocação, em imaginação,

de forma gradual e sistemática, de um estímulo temido em um procedimento terapêutico, denominado de dessensibilização sistemática. A partir desses modelos pioneiros de RMP, a técnica tem sofrido modificações e adaptações no decorrer do tempo, embasadas em pesquisas e experiências clínicas de pesquisadores dos transtornos de ansiedade e uma das técnicas mais utilizadas, inclusive neste estudo, é a adaptação de Beck e Clark (2012).

3.5.4. Alongamentos

Mendes e Leite (2012) defendem que é de grande importância desenvolver exercícios específicos de relaxamento, principalmente em trabalhos com excesso de carga horária. Exercícios relaxantes e de alongamentos, na ginástica laboral, tem como objetivo proporcionar alívio da tensão muscular e mental aos trabalhadores. Além desses benefícios, os trabalhadores desenvolvem uma melhor interatividade com seus companheiros e tem menor probabilidade de desenvolver um quadro de estresse.

Programas focados em atividade física, como a ginástica laboral, apresentam resultados para a saúde do trabalhador e mostram-se eficazes no controle do estresse ocupacional (Medeiros e Fujimoto, 2012). Programa de alongamentos no local de trabalho são eficazes na redução dos níveis de ansiedade, dores no corpo e cansaço, no aumento da sensação de vitalidade, saúde mental, saúde geral e flexibilidade (Montero-Marín, Estrada-Marcén, Romero e Asún, 2013). Em revisão sistemática, Chu, Koh, Moy, Muller-Rienmenschneider (2014) concluíram que programas envolvendo atividade física são efetivos em promover benefícios à saúde mental.

Os exercícios sugeridos aos participantes deste estudo se constituíram de séries repetidas de alongamentos relaxantes de grupamentos musculares de todo o corpo. A instrução foi dada para que mantivessem por até 30 segundos o estiramento muscular, após alcançado seu limite de flexibilidade. A série de exercícios, com duração de 20 minutos, focou-se em movimentos e alongamentos para regiões de maiores tensões musculares nos corpos dos participantes. Enquanto se exercitavam, conversas eram incentivadas para isolar um pouco da atenção no exercício, além disso e com este objetivo, alguns movimentos eram realizados em duplas e no grupo como um todo.

Em uma revisão da British Occupational Health Research Foundation foi identificado que entre as intervenções de manejo do estresse, as práticas de relaxamento estão entre as mais frequentemente utilizadas, possivelmente devido ao baixo custo e facilidade de implementação. Com o advento das intervenções baseadas em *mindfulness*, as técnicas de relaxamento passaram a ser um foco secundário de pesquisas no campo de intervenções para o bem-estar do trabalhador (Ravalier, Wegrzynek e Lawton, 2016).

Estas práticas de relaxamento descritas também se enquadram nas propostas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), para a saúde física e mental (BRASIL, 2017) como alternativas de prevenção ao estresse.

3.6. ***Mindfulness***

Na psicologia ocidental, o termo *Mindfulness* é utilizado de diversas formas: uma capacidade autorregulatória da atenção, uma habilidade de aceitação, uma habilidade metacognitiva ou um conjunto de práticas meditativas para se desenvolver *Mindfulness* (Brown, Ryan e Creswell, 2007). *Mindfulness* também é descrito de pelo menos quatro maneiras distintas na literatura: uma tendência ou um traço disposicional, um estado mental, uma espécie de prática de meditação e um tipo de intervenção terapêutica (Vago e Silbersweig, 2012). A definição mais recorrente de *mindfulness*, no campo da saúde remonta a Kabat-Zinn (2013): “a consciência que emerge ao prestar atenção de uma maneira particular: com propósito, no momento presente e sem julgamentos”.

Outras definições de *mindfulness* fornecidas pela maioria dos pesquisadores do tema são semelhantes a essa, como por exemplo, Brown e Ryan (2003) definem *Mindfulness* como um estado inerente de consciência dos eventos e experiências presentes. Brown et al (2007) explicam que tomar consciência (*awareness* – termo muito associado na literatura quando se conceitua *mindfulness*) é o registro de um estímulo. Quando um estímulo é forte o suficiente, a atenção (*attention*) surge, assim diferenciam os dois processos cognitivos: consciência e atenção.

Para Bishop et al (2004) *mindfulness* envolve a autorregulação da atenção com uma orientação de curiosidade, abertura e aceitação para a experiência do

momento. Germer, Siegel e Fulton (2005) descrevem que o *Mindfulness* é composto de três características básicas: dar-se conta (consciência, *awareness*), da experiência presente, com uma atitude de aceitação. De forma geral, *mindfulness* é descrito como uma espécie de consciência não-elaborativa, não-julgadora, centrada no momento presente em que cada pensamento, sentimento ou sensação que surge no campo da atenção é reconhecido e aceito como é (Kabat-Zinn, 2013; Shapiro e Schwartz, 2000; Segal, Williams e Teasdale, 2002).

Para sistematizar o conceito de *mindfulness* e entender como acontece o aumento desse estado de consciência, Shapiro, Carlson, Astin e Freedman (2006) chegam a três componentes fundamentais: intenção, atenção e atitude. A intenção é basicamente o motivo pelo qual a pessoa busca o treinamento em *mindfulness* e irá direcioná-lo em seu desenvolvimento (Kabat-Zinn, 2013). Embora as intenções mudem ao longo de um contínuo de autorregulação e autoexploração, os resultados correlacionam-se com as intenções do praticante (Shapiro, 1992). O segundo componente envolve a capacidade de autorregulação atencional.

O terceiro componente de *mindfulness* envolve a atitude, a qualidade da resposta orientada à experiência de se prestar atenção a um objeto (emoção, sensação ou pensamento). Kabat-Zinn (2013) lista nove atitudes essenciais: não julgar, paciência, mente de principiante (curiosidade), confiança, não-esforço, aceitação, deixar passar, generosidade e gratidão. É válido ressaltar que a atitude de aceitação não é uma atitude de passividade. A aceitação é definida como estar intencional e experimentalmente aberto à realidade do momento. Trata-se de uma decisão consciente de abandonar a expectativa de ter uma experiência diferente. Portanto, aceitação é um processo ativo de permitir atuais pensamentos, sentimentos e sensações (Hayes, Strosahl, e Wilson, 1999). A aceitação não é simplesmente aceitar tudo o que acontece, mas suspender ou amenizar as reações emocionais e cognitivas em uma dada situação (Sauer, Lynch, Walach & Kohls, 2011).

2.6.1 Intervenções Baseadas em *Mindfulness*

Kabat-Zinn é o pioneiro no desenvolvimento de protocolos de *mindfulness*. O denominado *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) foi elaborado para

oferecer suporte no manejo de dor crônica, inicialmente, com duração de dez semanas (Kabat-Zinn, 1982). O MBSR foi projetado com o objetivo de proporcionar um programa educativo para elevar o grau de responsabilidade dos pacientes pelo seu próprio bem-estar, paralelamente aos tratamentos convencionais (Kabat-Zinn, 2003).

Anos depois, o MBSR, muito inspirado na epistemologia budista, chega ao formato de oito semanas, apresentando evidências de eficácia que se expandiram para outros problemas como: transtornos de ansiedade (Koszycki, Benger, Shlik & Bradwejn, 2007; Goldin, Gross, Elizabeth, Anderson, Jha e Segal, 2010; Vøllestad, Sivertsen & Nielsen, 2011; Arch, 2013), redução de sintomas de depressão e ansiedade em veteranos de guerra (Serpa, Greg, Stephanie e Tillisch, 2014), promoção de qualidade de vida em pacientes com câncer de mama (Cramer, Lauche, Paul e Dobos, 2012), aumento do bem-estar e de estratégias de enfrentamento de estresse em profissionais da saúde (Irving, Dobkin e Park, 2009), qualidade de vida em pacientes com fibromialgia (Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst e Schmidt, 2013), manejo de dor (Marchand, 2012).

Além disso, há estudos revelando a aplicabilidade das IBM em diferentes patologias como, por exemplo, na melhoria de qualidade de vida em pacientes com câncer, na redução de ansiedade em pacientes com doenças cardíacas, em distúrbios do humor, e no tratamento de abuso de substâncias (Keng, Smoski e Robins, 2011) e há evidências de que o *mindfulness* está positivamente relacionado com o engajamento no trabalho (Leroy, Anseel, Dimitrova e Sels, 2013).

Do MBSR, vários outros protocolos e IBM derivaram com enfoques em populações clínicas diversificadas. O MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive-Therapy*), desenvolvido por Segal, Williams & Teasdale (2002) combina uma abordagem da terapia cognitiva-comportamental aliada ao *mindfulness*. O MBCT contribui para auxiliar pacientes com depressão recorrente, mais de três episódios e histórico de abuso a se prevenir de um novo episódio de depressão e atualmente é uma das terapias reconhecidas como efetivas pelo Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service*) do Reino Unido (Kuyken, Hayes, Barrett, Byng, Dalgleish, Kessler, et.al., 2015).

Outros modelos de intervenções seguem se desenvolvendo, como o MBPM (*Mindfulness-Based Pain Management*) desenvolvido por Vidyamala Burch, na

Inglaterra, também a partir do MBSR, voltado principalmente às pessoas com dores crônicas e/ou outras doenças crônicas não transmissíveis (Burch, 2008; Cusens, Duggan, Thorne e Burch, 2010). Para abuso de substâncias, o MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*), protocolo que agrega o *mindfulness* ao modelo de prevenção de recaída, da terapia cognitiva-comportamental, como estratégia para a manutenção de abstinência em comportamentos aditivos (Zgierska, Rabago, Chawla, Kushner, Koehler e Marlatt, 2009). Existem também protocolos específicos para transtornos alimentares (Kristeller e Hallett, 1999) e ansiedade generalizada (Orsillo & Roemer, 2011). No campo das psicoterapias, a Terapia da aceitação e compromisso (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) e Terapia comportamental dialética. (Linehan, 1993) são exemplos de intervenções clínicas baseadas em *mindfulness*.

Em geral, as intervenções protocolares são desenvolvidas em grupo, com encontros presenciais semanais durante oito semanas, sendo que cada sessão tem duração de duas a três horas, nas quais são ensinados conceitos e técnicas para desenvolver o estado de *mindfulness*, com foco na saúde. As práticas propostas são divididas em duas categorias: formais e informais. Dentre as práticas formais, também chamadas de meditação, na literatura, demandam um tempo e espaço diários para serem exercitadas. Utiliza-se a prática do escaneamento corporal, o *mindfulness* na respiração, a caminhada meditativa, a prática dos movimentos em *mindfulness*, com inspiração no Yoga, Meditação da Compaixão, entre outras. Os exercícios informais consistem em treinar o desenvolvimento do estado de *mindfulness* na rotina pessoal, como por exemplo, treinar a atenção na alimentação, durante o banho, na escovação dos dentes ou interação social e demais situações da vida diária. Dessa forma, o estado de *mindfulness* é adquirido por intermédio de intensa prática (Hanh, 1975, Kabat-Zinn, 2013).

Com o objetivo de compreender o processo psicológico básico nas práticas formais propostas inicialmente por Kabat-Zinn (2013), cabe destacar que, de modo geral, os clientes são convidados a eleger uma postura confortável, que favoreça uma condição para a mente estar atenta a um foco particular, comumente o corpo ou a respiração. Quando a atenção se dispersa desse foco, inevitavelmente, atraída por pensamentos e emoções que surgem, a pessoa toma consciência que isso aconteceu e os deixa passar intencionalmente, trazendo a atenção novamente para

o foco. Esse processo é repetido toda a vez que a atenção deixar de se sustentar no foco. Como a meditação é um treino atencional, há uma ênfase em, simplesmente, tomar consciência do que surge e acontece na mente e de para onde ela vagueia e de aceitar cada objeto (pensamento, emoção, sensação ou ainda estímulos do ambiente) sem julgar, elaborar ou refletir sobre a experiência que acontece na prática.

Geralmente, as práticas de atenção concentrada ou focada são o ponto de partida para as práticas de *Mindfulness*. A autorregulação da atenção promovida em *Mindfulness* envolve a atenção focada, utilizada inicialmente para estabilizar a atenção e, com o avançar da prática, o desenvolvimento de uma outra qualidade de atenção, denominada de monitoramento aberto. No monitoramento aberto, o foco da prática passa a ser a observação pura dos objetos e estímulos que surgem na consciência. Não há engajamento em um estímulo atencional, mas sim uma atenção mais ampla a tudo que surge (Lutz, Slagter, Dunne e Davidson, 2008; Vago e Silbersweig, 2012).

Muitos estudos com distintos delinamentos apresentam resultados positivos sobre os efeitos de *mindfulness* para várias populações (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink e Walach, 2011). Estudos correlacionais mostram que o *mindfulness* se correlaciona positivamente à saúde mental e ao bem-estar, e inversamente se associa a sintomas psicológicos como depressão e ansiedade (Cash e Whittingham, 2010; Keng et al., 2011). Estudos de revisões sistemáticas com metanálises apontam melhorias na saúde mental e no bem-estar psicológico, especialmente reduções no estresse, ansiedade e depressão, tanto em populações clínicas como não clínicas (Chiesa e Serretti 2009; Fjorback et al., 2011; Hofman, Sawyer, Witt, Oh et al., 2010). Essa prática vem sendo cada vez mais difundida como mais um alternativa complementar ao cuidado da saúde e prevista na PNPIIC, que incluiu em 28/03/2017 a meditação dentre as opções de intervenções para a saúde física e mental nas Práticas Integrativas e Complementares, conforme a portaria 849 (BRASIL, 2017).

Uma grande parte dos estudos que pesquisam os efeitos de *mindfulness* acontecem avaliando o protocolo de MBSR, que consiste de 26 horas de aulas e mais um retiro de seis horas. Além disso, os participantes são incentivados a praticar em casa durante 45 minutos por dia; a razão de não adesão ou declínio da

participação devido a enorme quantidade de tempo diária solicitada. Isto levou alguns investigadores a abordar a questão de quanto tempo um programa baseado em *mindfulness* deve ter para que os efeitos positivos, na saúde mental, ocorram (Carmody e Baer, 2008).

Existem evidências preliminares de que uma versão mais curta de IBM pode ser benéfica para a redução de estresse e de ansiedade, por exemplo (Klatt, Buckworth e Malarkey, 2009; Keng et al., 2011, Erisman e Roemer 2010). São formatos mais realistas para algumas populações com maiores dificuldades quanto aos horários, como é o caso dos profissionais da atenção primária à saúde.

Embora muitos estudos e posturas profissionais no campo de pesquisa de *mindfulness* trazem tendências epistemológicas da linha budista e este é o fundamento inclusive do movimento da segunda geração das IBM, o projeto respeitou a proposição do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), que é claro ao afirmar que o psicólogo deve atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade social e cultural do contexto onde propõe suas intervenções. Dessa forma, as propostas, de ambas as intervenções empregadas, respeitaram o estilo de vida e ideologias dos sujeitos da pesquisa, sem induzir a convicções filosóficas, morais, ideológicas ou religiosas.

2.6.2. *Mindfulness*, *Burnout* e Afeto Positivo

É muito importante gerar condições para os profissionais da atenção primária melhorem suas condições de resistência ao estresse, a fim de evitar situações negativas, como o *Burnout*. As estratégias de prevenção para o *Burnout* se tornam fundamentais já que esta síndrome se desenvolve ao longo de um período de exposição crônica ao estresse. Assim, pode-se pensar em múltiplas alternativas de intervenções para melhorar a resiliência dos trabalhadores da APS, já que as taxas de *burnout* estão correlacionadas as condições de trabalho em unidades clínicas de saúde e as áreas clínicas de maior sobrecarga tendem a ser as mais comprometidas (Martinussen, Adolfsen, Lauritzen e Richardsen, 2012; Sinsky, Willard-Grace, Schutzbank, Sinsky, Margolius, Bodenheimer, 2013).

De modo geral, as evidências mais atuais sugerem que o estado de *mindfulness* é positivamente associado com uma variedade de indicadores de saúde

mental, tais como níveis mais elevados de afetos positivos, satisfação com a vida, vitalidade, regulação da emoção e menores níveis de afetos negativos e sintomas psicopatológicos. Também há evidências crescentes, provenientes de estudos neurobiológicos, que indicam o papel potencial das IBM na redução da reatividade a estímulos emocionais e melhoria do bem-estar psicológico (Keng et al., 2011).

Dentre as várias alternativas de intervenções para redução dos sintomas de *Burnout* em trabalhadores da APS encontram-se as IBM. As intervenções baseadas em *mindfulness* mostraram-se promissoras no alívio do estresse e na promoção do bem-estar (Khoury, Lecomte, Fortin, Masse, Therien, Bouchard et al., 2013). Vários ensaios clínicos randomizados mostram efeitos moderados para os programas baseados em *mindfulness*, na sua capacidade de melhorar o bem-estar mental e físico do adulto (Victorson, Kentor, Maletich, Lawton, Kaufman, Borrero et al., 2015).

Uma variedade de estudos aponta resultados favoráveis para a redução de estresse, aumento de bem-estar e de medidas de *mindfulness* (Krasner, Epstein, Beckman, et al 2009; Asuero e Banda, 2010; Franco, 2010; Asuero, Blanco, Ribera, Berenguera e Queraltó, 2013; Kinser, Braun, Deeb, Carrico e Dow, 2016). Em estudo de revisão, o treinamento de *mindfulness* para os profissionais da APS aponta evidências de redução de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, assim como aumento de bem-estar, afeto positivo e autocompaixão (Irving et al., 2009).

Quando a intervenção de *mindfulness* é comparada à de relaxamento, os resultados se assemelham no que tange a redução de estresse em populações saudáveis (Chiesa e Serreti, 2009). No estudo de Josefsson, Lindwall e Broberg (2012), uma IBM de curto prazo apresentou resultado de melhora nos níveis de *mindfulness* e no bem-estar psicológico em uma população não-clínica de trabalhadores de variadas áreas em comparação com um grupo de lista de espera, mas não foram encontradas diferenças nas demais variáveis avaliadas (descentramento, depressão, ansiedade, atenção executiva e estilo de enfrentamento) quando o grupo de *mindfulness* foi comparado ao de relaxamento. Além disso, os resultados não conseguiram identificar quaisquer efeitos exclusivos da IBM. Por esses motivos os estudos mencionados sugerem a necessidade de um

volume maior de investigações para aperfeiçoar a validade dos resultados, incluindo grupos controles e amostras maiores.

Vários pesquisadores ressaltam que a falta de grupos controle ativo na maioria dos ensaios clínicos podem sugerir que os efeitos obtidos são resultado de variáveis desconhecidas não-específicas e para ser capaz de detectar os efeitos exclusivos das IBMs de vários modelos, são necessários projetos de pesquisa com controles ativos. (Chiesa e Serretti, 2009; Toneatto e Nguyen 2007; Manocha, Black e Stough, 2011). Dos poucos estudos que compararam uma IBM com um grupo controle ativo, os resultados iniciais são menos impressionantes (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf, Copley et al., 1998, Manocha et al., 2011). Manocha et al. (2011) sugerem que as IBMs devem ser comparadas com o treinamento de relaxamento a fim de separar os efeitos do *mindfulness* de um mero relaxamento ou descanso, afinal, os estudos que comparam uma IBM com o relaxamento apresentam resultados muito variados e inconclusivos (Jain, Shapiro, Swanick, Roesch, Mills, Bell et al., 2007, Semple, 2010, Tang, Ma, Wang, Fan, Feng, Lu, et al., 2007).

É imperativo que a pesquisa identifique formas de fortalecimento dos seus ambientes de trabalho, portanto, da resiliência e adaptação ao mundo de trabalho estressante. Sugestões de prevenção e de estratégias de intervenção para o estresse e o *burnout* do APS devem incluir abordagens integradas que tratem da experiência do estresse entre todos os profissionais da APS e crie uma cultura de abertura e de compreensão do problema (Michie, 2002), destacando que vários estudos suportam preliminarmente o uso do treinamento de *mindfulness* para melhorar a resiliência e diminuir o *Burnout* nos profissionais da saúde (West, Dyrbye, Rabatin, Call, Davidson, Multari, 2014; Asuero, Queralto, Ribera, Berenguer, Blanco, Epstein, 2014).

As IBMs indicam diversas vantagens como intervenções para reverter os sintomas de *Burnout*, como o aumento da autoconsciência que minimiza a contratransferência negativa (conjunto de atitudes, sentimentos e pensamentos do profissional sobre o paciente), facilitando maior autocuidado e melhora do bem-estar e atuação profissional (Benito, Arranz e Cancio, 2011). Os clínicos podem querer aprender aplicações de *mindfulness* não apenas para o bem-estar pessoal, mas

também para aplicar em situações clínicas com pacientes, o que promove um duplo uso e benefício desses treinamentos a esses profissionais (Buchholz, 2015), aumentando a presença terapêutica em treinamento (McCollum e Gehart 2010).

2.6.3. Descentramento e Ruminação

Um outro constructo, que na literatura científica se relaciona com o *mindfulness*, mas vem sendo definido independentemente é o de descentramento. Shapiro et al. (2006) sugeriram um modelo de mecanismo de ação do *mindfulness*, defendendo que os três componentes do conceito (intenção, atenção e atitude) proporcionam uma mudança significativa na forma de perceber “as coisas” (pensamentos, emoções e sensações). Essa forma diferente de perceber os fenômenos da experiência interna, sob a ótica de uma nova perspectiva, chamada de descentramento, poderia ser o responsável pelo potencial transformador das IBMs.

Descentramento é definido como a capacidade de observar os próprios pensamentos e emoções como puros eventos objetivos e temporários da mente, em oposição a uma atitude mais reflexiva acerca desses eventos e que considera as reflexões como verdades (Fresco, Segal, Buis e Kennedy, 2007). Para mensurar esse elemento, alguns pesquisadores desenvolveram o Questionário de Experiências (Fresco, Moore, van Dulmen, Segal, Ma, Teasdale, et al., 2007) que envolve duas subescalas: descentramento e ruminação.

Carmody, Baer, Lykins e Olendzki (2009) concluem que *mindfulness* e descentramento conforme medidos pelo FFMQ, na faceta não-reagir à experiência interna e pelo Questionário de Descentramento (Fresco, et al., 2007) estão extremante sobrepostos. Portanto, não está claro se *mindfulness* e ou o descentramento são realmente os mecanismos ativos que explicam os benefícios relacionados à saúde proporcionados pelas IBM.

Wolkin (2015) defende a ideia de que cultivar todos os aspectos da nossa atenção através do *Mindfulness* leva a um maior bem-estar psicológico devido à diminuição da ruminação cognitiva e a habilidade metacognitiva chamada de “descentramento”. A ruminação cognitiva é definida como uma forma passiva de

alimentarmos pensamentos ou emoções desagradáveis. No estudo de Jain et al (2007) os autores concluíram que a eficácia da intervenção de *mindfulness* foi parcialmente mediada através da redução de pensamentos ruminativos. Já no estudo de Josefsson et al.(2012), uma IBM de curto prazo em uma população não-clínica de trabalhadores não apresentou diferenças nos escores de descentramento, quando o grupo de *mindfulness* foi comparado ao de relaxamento. Manocha et al. (2011) evidenciou que uma intervenção de meditação silenciosa reduziu significativamente o estresse e sintomas depressivos, mas não a ansiedade, em comparação com o relaxamento, sugerindo assim alguns efeitos exclusivos associados à meditação. Os autores levantaram a hipótese de que o "silêncio mental" (redução da atividade cognitiva reflexiva) pode não só ser um efeito específico, mas também um ingrediente mais eficaz na redução do estresse do que o mero aspecto relaxante da meditação. A literatura é escassa em relação a esse tema e *Burnout* nos profissionais da APS.

2.6.4. *Mindfulness* e Autocompaixão

Além de *mindfulness*, um outro conceito trabalhado paralelamente nas intervenções de *Mindfulness*, especialmente na abordagem utilizada nesse projeto, Breathworks for Stress, é o de autocompaixão. Gilbert (2009) argumentou que a compaixão em particular, têm uma função reguladora sobre estados emocionais mais problemáticos e que pode ser um fator crucial no desenvolvimento de práticas saudáveis de autocuidado para os trabalhadores do setor de serviços comunitários.

A compaixão pode ser um antídoto poderoso para a culpa, a vergonha, a tristeza e a ansiedade que muitas vezes acompanham o sofrimento nos locais de trabalho de alto estresse, contribuindo na redução do isolamento ao permitir que os trabalhadores compreendam suas lutas pessoais no contexto de respostas humanas usuais, além de promover a resiliência psicológica necessária para enfrentar um trabalho estressante (Neff, 2011).

Neff (2003a) propõe que a autocompaixão envolve ser tocado pelo próprio sofrimento, gerando o desejo de aliviar esse sofrimento, com compreensão e consideração. A autocompaixão é relevante para todas as experiências pessoais de sofrimento, incluindo as inadequações percebidas, falhas e situações de vida

dolorosas de forma mais geral. Neff (2003b) criou uma medida de autocompaixão, com seis qualidades, três positivas (auto-bondade, senso de humanidade e *mindfulness*) e três negativos (auto-crítica, isolamento e superidentificação com a experiência dolorosa). Essa conceituação tem demonstrado implicações promissoras para a saúde psicológica. Ser consciente de pensamentos, sentimentos e sensações significa um encontro com o sofrimento pessoal, a autocompaixão ensina o efeito da autocompreensão, paciência e equilíbrio durante experiências difíceis, nos lembrando que o sofrimento é comum a todos.

A auto-bondade refere-se à tendência de ser atencioso e compreensivo consigo mesmo, ao invés de ser severamente autocrítico. O senso de humanidade envolve o reconhecimento de que todos os seres humanos são imperfeitos, falham e têm sérios desafios de vida, em contraposição ao isolamento. E o *mindfulness*, nesta escala, envolve o estar consciente das experiências dolorosas de uma maneira equilibrada que nem ignora nem ruma sobre os aspectos não-apreciados em si mesmo ou da própria vida. É necessário estar conscientemente aberto ao sofrimento pessoal para poder ampliar a compaixão em relação ao eu. Ao mesmo tempo, é importante prestar atenção no aspecto que conduz ao sofrimento, um processo que a Neff (2003a) chamou de "superidentificação" (fixação). Esse tipo de ruminação estreita o foco e exagera na preocupação.

Embora o *mindfulness* seja necessário para experimentar a compaixão, é importante reconhecer que as duas construções não são exatamente as mesmas. Primeiro, o tipo de *mindfulness* envolvido na autocompaixão é mais estreito do que o *mindfulness* em termos gerais. O componente de *mindfulness* envolvido na autocompaixão se refere à consciência equilibrada dos pensamentos e sentimentos negativos envolvidos no sofrimento pessoal. O *mindfulness* em geral refere-se à capacidade de prestar atenção a qualquer experiência positiva, negativa ou neutra, com aceitação e equanimidade. Outra distinção entre *mindfulness* e autocompaixão reside em seus respectivos objetivos (Germer, 2009). *Mindfulness* tende a focar na experiência interna (sensações, emoções, pensamentos) em vez de se sentir como o "experimentador". Por exemplo, no caso da dor lombar, a consciência pode ser direcionada para olhar as sensações de dor com clareza, talvez observando uma qualidade de queimação, notando objetivamente do que a dor se trata. Enquanto que a autocompaixão seria direcionada à pessoa que sofre de dor nas costas,

ênfatizando suavizar e reconfortar o "eu" quando surgem experiências angustiantes, lembrando que tais experiências são parte de ser humano.

2.6.5. *Mindfulness*, Autocompaixão e *Burnout*

Enquanto os profissionais de saúde desejam e esperam responder aos apelos para oferecer cuidados compassivos, fatores como o esgotamento e o estresse ocupacional afetam negativamente sua capacidade de fazê-lo (Sinclair, Bouchal, Venturato, MijovicKondejewski e Smith-MacDonald, 2017). A relevância da autocompaixão para o autocuidado dos profissionais de saúde é relativamente nova e para explorar esse tema, Sinclair, Kondejewski, Bouchal, Shier e Singh (2017) realizaram um estudo de revisão onde apresentaram uma visão geral do campo da investigação de autocompaixão em profissionais de saúde. Os pesquisadores identificaram que as intervenções terapêuticas utilizadas para incrementar a autocompaixão podem ter um efeito mais amplo sobre os estados afetivos gerais, mas não se tem evidência, no caso dos profissionais da saúde, da relação do resultado de autocompaixão e cuidado compassivo ao paciente, já que não foram encontrados estudos que incluíram relatos de pacientes sobre essa afirmação. E isso se dá porque em muitos estudos é confusa a definição e desenvolvimento dos conceito de compaixão e de autocompaixão.

O *Burnout* pode afetar a capacidade de uma pessoa para expressar compaixão e tem sido relacionado a sentimentos de tensão emocional, redução da satisfação no trabalho e falta de provisão de apoio dos gerentes e da organização (Farquharson, Bell, Johnston, Jones, Schofield, Allan, Johnston, et al., 2013; Hee e Kyung, 2012).

A meditação da compaixão ou também comumente chamada de meditação da bondade amorosa demonstra aumentar a autocompaixão (Shapiro, Brown e Biegel, 2007) e o afeto positivo (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek e Finkel, 2008). É uma prática promissora como uma intervenção, particularmente quando usada em combinação com outras estratégias de tratamento (Hofmann, Grossman e Hinton, 2011). A prática da meditação *mindfulness* e de compaixão estão associadas a aumentos de resiliência e autocompaixão (Baer, 2010), mas enquanto a meditação

mindfulness tem principalmente uma natureza cognitiva, a meditação da compaixão incorpora aspectos mais emocionais da experiência e destina-se a promover o equilíbrio afetivo (May, Burgard, Mena, Abbasi, Bernhardt, Clemens e Williamson, 2011).

O aumento nos escores de autocompaixão nos profissionais de saúde foram demonstrados com Intervenções Baseadas em *Mindfulness* (Baer, 2010). No estudo de Shapiro, Astin, Bishop e Cordova (2005) com profissionais de saúde, foi evidente que os participantes do programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR) relataram redução de estresse e aumentos significativos de autocompaixão, quando comparados com um grupo de lista de espera. A compaixão é fundamental para manter o funcionamento ideal em profissionais de serviços humanos (Neff e Pommier, 2012).

Singer e Klimecki (2014) sugerem que a compaixão pode aliviar o *burnout* quando se trabalha em situações de alto estresse. Quando as pessoas são treinadas para transformar a empatia em compaixão, os efeitos negativos do estresse podem ser melhorados (Klimecki, Leiberg, Ricard e Singer, 2013), tais achados são reforçados pela revisão de Raab (2014) que associou a redução do *Burnout* em profissionais de saúde ao aumento da autocompaixão. No estudo de Kemper, Mo e Khayat (2015) foi identificado que em profissionais da saúde, a resiliência foi significativamente correlacionada com menos sintomas de *Burnout*, maiores escores em *mindfulness* e de autocompaixão. A autocompaixão também está fortemente associada à inteligência emocional em enfermeiros e estudantes de enfermagem, sendo descrita como um fundamento necessário para a empatia e compaixão efetivas para com os outros (Heffernan, Quinn, Sister e Fitzpatrick, 2010, Senyuva, Kaya, Isik e Bodur, 2014).

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Além dos benefícios clínicos e psicológicos explicitados, estudos em profissionais da Atenção Primária à Saúde, que são submetidos a altos graus de estresse e riscos, têm evidenciado que a prática ou a participação em um programa de *mindfulness* pode melhorar o manejo de situações estressantes no trabalho.

Dessa forma, o potencial da aplicabilidade de *Mindfulness* parece ser uma promissora estratégia preventiva contra o risco do desenvolvimento de *burnout* entre profissionais de saúde.

Existe uma lacuna na literatura científica, em especial com amostras brasileiras, a respeito dos efeitos de uma intervenção baseada em *Mindfulness* em profissionais da Atenção Primária à Saúde, especialmente comparando com grupo controle ativo. Além disso, a grande maioria dos estudos sobre *mindfulness* são quantitativos e focam na medição dos efeitos, deixando de lado as especificidades que a análise qualitativa pode gerar para um campo de pesquisa novo na saúde pública brasileira.

Entender melhor o efeito das intervenções propostas para essa população permitirá o aprimoramento das intervenções existentes e o desenvolvimento de novas IBMs, ajustadas às necessidades específicas dos profissionais da atenção primária, para que futuramente se possa promover mais benefícios para a saúde do trabalhador da APS.

3. MÉTODOS

Ensaio Clínico Controlado não-randomizado, com investigação mista, quantitativa e qualitativa.

É importante destacar que, inicialmente optou-se por um estudo randomizado, conforme relatado com mais detalhes na seção dos procedimentos, mas a ida ao campo de estudo externou as dificuldades para a realização de um estudo randomizado e com seguimento de até seis meses após a intervenção para todos os grupos, conforme era a ideia primordial do projeto, debatidos posteriormente. Depois da primeira randomização, houve baixa motivação dos profissionais para serem alocados aleatoriamente, adesão heterogênea entre as unidades pré-selecionadas e abandono do estudo pós sorteio. Optou-se então, diante das barreiras, por um estudo apenas controlado, piloto e exploratório, visando a viabilidade do mesmo.

3.1. HIPÓTESE

H0: Uma intervenção baseada em *mindfulness* não é superior a uma intervenção baseada em relaxamento em profissionais da Atenção Primária à Saúde na sintomatologia de *Burnout*, afeto positivo e negativo, autocompaixão, *mindfulness*, descentramento e ruminação.

H1: Uma intervenção baseada em *mindfulness* é superior a uma intervenção baseada em relaxamento em profissionais da Atenção Primária à Saúde na sintomatologia de *Burnout*, afeto positivo e negativo, autocompaixão, *mindfulness*, descentramento e ruminação.

3.2. POPULAÇÃO

A população alvo do estudo foram os profissionais da Atenção Primária à Saúde, do município de Porto Alegre-RS, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentistas, auxiliares, técnicos de enfermagem ou saúde bucal, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade de Porto Alegre, as GDs estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste /Nordeste, Glória /Cruzeiro /Cristal, Sul /Centro-Sul, Paternon /Lomba do Pinheiro e Restinga/Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. No início do projeto, em 2014, o município de Porto Alegre contava com 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 73 ESF (Estratégia de Saúde da Família) e 101 equipes de saúde.

3.3. AMOSTRA

Profissionais da atenção primária à saúde de variadas atividades laborais. A pesquisa abrangeu profissionais pertencentes a 50 unidades somadas (UBS e ESF), correspondendo a quatro regiões, embora todos tenham sido convidadas.

Antes da realização do estudo foi realizado um cálculo amostral, considerando um tamanho de efeito de 0,5 (moderado), assumindo como semelhantes as variâncias das variáveis dos grupos participantes, com um poder de 80% e um nível de confiança de 95%, em grupos de igual tamanho. Dessa forma, seriam necessários 65 indivíduos em cada grupo, totalizando 195 pessoas distribuídas nos três grupos, estimando um drop-out (abandono do estudo) de 10%. Então, seriam necessários 215 indivíduos no total (cerca de 72 em cada grupo).

Diante das dificuldades encontradas na realização deste estudo, exploradas na seção de procedimentos, o número de 215 pessoas foi alcançado no total do recrutamento. Na verdade, mais pessoas manifestaram o interesse de participar do estudo, ou melhor, das intervenções, já que houve baixa motivação para compor a lista de espera. Embora muitas pessoas tenham manifestado o interesse de participar, nem todos chegavam a formalizar o desejo efetivo de se engajar no estudo (entrar em contato com a pesquisadora por e-mail ou telefone para receber as instruções e os primeiros critérios de inclusão e de exclusão) porque não haviam recebido a liberação para se ausentar do trabalho.

Do total de 215 pessoas, apenas 142 participantes foram autorizados a participar do estudo quando foram oficialmente convidados para as etapas pós-recrutamento. Dessa forma, o objetivo do estudo foi de alcançar o mínimo de 90 sujeitos (30 em cada um dos três grupos de intervenção), especialmente porque com a mudança de coordenadora da APS no município de Porto Alegre, na ocasião, assim foi determinado, depois de debates com a mesma sobre a viabilidade do estudo.

3.4. Critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos,
- Escolaridade mínima: ensino fundamental completo,
- Ter interesse nos objetivos deste estudo e ter consentido em ser voluntário para participar de um dos três grupos de intervenções propostas,
- Ser trabalhador da atenção primária em saúde pelo menos há 6 meses e sentir qualquer tipo de mal-estar em relação ao trabalho.

3.5 Critérios de exclusão:

- Ter sido praticante de *mindfulness*, meditação, yoga ou similares (tai chi chuan, qi gong) nos últimos seis meses,
- Presença de doenças clínicas diagnosticadas que inviabilizem a adesão ao estudo,
- Estar em tratamento por problemas psicológicos ou psiquiátricos, em fase de ajuste terapêutico (menos de 3 meses de intervenções psicológicas ou farmacológicas),
- Estar de licença para cuidado de saúde,
- Dependência ou uso abusivo de álcool ou outras drogas, exceto tabaco.

Todos os voluntários foram apresentados previamente aos critérios para participação do estudo. Os interessados passaram por uma avaliação breve por meio das escalas BDI (sintomatologia depressiva), SRQ-20 (transtornos mentais comuns) e SRQ-A (uso de álcool), para exclusão de sintomatologia grave (ideação suicida e abuso de álcool). Estes dados não foram computados neste estudo porque o uso dessas escalas serviu exclusivamente como triagem da amostra.

3.6. ÉTICA

Este estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki e foi submetido a três Comitês de Ética em Pesquisa: Universidade Federal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição

(anexo 1), respeitando todos os critérios para a execução de pesquisa com seres humanos.

Todos os participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) antes de qualquer procedimento do estudo.

Este ensaio clínico também foi registrado no *Clinical Trials* sob o registro NCT02387528.

Ao final da pesquisa, todos os participantes dos grupos controles foram convidados a participar do programa de *Mindfulness Breathworks for Stress*.

3.7. INSTRUMENTOS

Todas as medidas utilizadas neste estudo foram compostas por questionários de autorrelato e estão na sessão de anexos. Considera-se o *Burnout* como variável independente e as variáveis dependentes: sexo, nível escolar, ocupação, situação conjugal, *mindfulness*, autocompaixão, afeto positivo e negativo, ruminação e descentramento, número de filhos, tempo de trabalho, idade, entre outras.

3.7.1. Questionário de Características Sociodemográficas e Laborais:

Este instrumento envolve variáveis: como idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, ocupação, tempo diário de trabalho, renda mensal, dificuldades econômicas, entre outras.

3.7.2. Maslach *Burnout* Inventory (MBI-GS): Este instrumento é o mais utilizado para medir o esgotamento de profissionais. Desenvolvida por Maslach, Jackson e Leiter (1996). São 16 itens agrupados em 3 dimensões: esgotamento, cinismo e eficácia. As respostas se organizam através de uma escala tipo Likert com 7 itens, valoradas de 0 (nunca) a 6 (sempre).

Todas as dimensões do questionário apresentam consistência interna $\alpha \geq 0,78$ (Bresó, Salanova, Schaufeli e Nogareda, 2007). No Brasil vários autores adaptaram e validaram o MBI, sendo os mais citados em revisões e bases de dados: Lautert

(1997), Tamayo (1997) e recentemente, Schuter, Dias, Battistella, Grohmann (2015) validaram a MBI-GS e encontraram um Alfa de Cronbach de 0,88.

3.7.3. Five Facet *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ): Os escores de *Mindfulness* foram avaliados pela Escala de Cinco Fatores (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney, 2006). Desenvolvida a partir de um estudo analítico fatorial composto por cinco questionários de validação independente, que contém os cinco fatores que representam as características de *mindfulness* conforme é conceituado atualmente. As cinco facetas são: observar, descrever, agir com consciência, não-julgamento da experiência interna e não reatividade à experiência interna. A escala tem um formato Likert, um até cinco pontos ("Nunca ou muito raramente verdadeiro" até "Muitas vezes ou sempre verdade"). Composto por 39 itens. É uma das escalas mais utilizadas em pesquisas sobre *mindfulness* e está validada no Brasil (Barros, Kozasa, Souza e Ronzani, 2013).

3.7.4. Questionário de Experiências (EQ): Contém 20 frases que expressam comportamentos relacionados à habilidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos de forma distanciada. As opções de resposta são apresentadas por meio de uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia de zero ("Nunca") a 4 ("Sempre") e é dividida em duas subescalas que mensuram: descentramento e ruminação (Fresco, Moore, van Dulmen, Segal, Ma, Teasdale, et al., 2007). A validação para o Brasil ocorreu em estudo paralelo.

3.7.5. Escala de Autocompaixão: Desenvolvida por Neff (2003b). É composta de 26 itens, do tipo Likert de cinco pontos variando de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Os itens são divididos em seis subescalas que são compostas de itens positivos (autobondade, *mindfulness*, senso de humanidade) e três itens negativos (autocrítica, isolamento e fixação), que medem a atitude dos respondentes em relação a si mesmos com relação a falhas pessoais e eventos dolorosos. Validada no Brasil por Souza e Hutz (2013).

3.7.6. Afeto Positivo e Negativo Versão Reduzida (PANAS): É uma escala em modelo bidimensional da estrutura de afeto. Constituída por 22 adjetivos descritores de estados afetivos subjetivos, que incluem dimensões positivas e negativas, do tipo Likert de cinco pontos que variam de 1 (nem um pouco) a 5 (extremamente). Validada no Brasil por Zanon, Bastianello, Pacico e Hutz (2013).

3.8 Intervenções para a Redução de Sintomatologia do *Burnout*

3.8.1. Protocolo de Oito Encontros de *Mindfulness* para Redução de Estresse

Quadro 1: Breathworks for Stress - Protocolo de Oito Encontros de *Mindfulness* para Redução de Estresse

Sessão	Conteúdo e Práticas	Objetivos
1ª	Piloto Automático, <i>Mindfulness</i> , Experiência Primária e Secundária. Práticas: Técnica da Uva-Passa Escaneamento Corporal.	Aprimorar a consciência sensorial e corporal e começar a entender como essa consciência pode ajudar a reduzir o estresse.
2ª	Modo Ser e Fazer. Respiração. Paradoxo de <i>Mindfulness</i> . Práticas: Respiração Diafragmática <i>Mindfulness</i> na Respiração	Experimentar ainda mais a utilidade da consciência sensorial imediata.
3ª	Limites do corpo e Descentramento. Práticas: Movimentos em <i>Mindfulness</i> Prática dos Três Minutos	Incluir o <i>mindfulness</i> na experiência do corpo em movimento e na observação dos pensamentos, para não reagir a partir deles.
4ª	Aceitação. Prática: <i>Mindfulness</i> no Desconforto Emocional.	Aprender a lidar com e aumentar a tolerância ao desconforto emocional e ao estresse, sem reagir a ele automaticamente.
5ª	Viés Mental para a Negatividade. Pequenos Prazeres. Práticas: Contemplação do Belo. <i>Mindfulness</i> na Caminhada	Compreender e vivenciar o valor de buscar o prazer no dia-a-dia como estratégia de redução do estresse.
6ª	Autocompaixão e os Três Principais Sistemas Emocionais. Prática: Autocompaixão	Entender e experimentar a importância da autocompaixão.
7ª	Funil da Exaustão Conexão com os outros. Exercício: O que esgota e o que nutre a saúde. Prática: Meditação da Compaixão	Expandir a prática de <i>mindfulness</i> de modo a incluir todo o seu entorno e outras pessoas.
8ª	Revisão do Curso e Práticas. Nenhum conceito novo, nem prática.	Garantir a inspiração para a prática continuada de <i>Mindfulness</i> .

Quadro 2: Descrição das principais práticas desenvolvidas na Intervenção Breathworks for Stress:

Prática	Descrição
Escaneamento Corporal	Notar, sentir e não reagir as sensações físicas que se manifestam ao longo de todo o corpo. Quando percebem que a atenção se dispersou deve notar, resgatar a atenção de volta para o corpo, sem se julgar ou elaborar o que aconteceu.
Respiração	Focar a atenção nas sensações físicas associadas com a respiração. A inalação e a exalação acontecem naturalmente, sem interferir no processo. Quando se perceber distraídos, redireciona a atenção de volta ao ato de respirar, sem julgar ou elaborar a distração.
Movimentos	Trazar a atenção para as sensações físicas que emergem na execução de movimentos e alongamentos. Notando as áreas de maior tensão e relaxamento e observando também a respiração, percebendo as reações da mente ou as distrações, para poder regular a atenção de volta aos movimentos, quando devanear.
Prática dos 3 Minutos	Reconhece e observa as sensações, emoções e pensamentos. Respira de modo atento, finaliza abrindo-se para os estímulos do ambiente.
Aceitação	Trazar a atenção a um evento desconfortável, permanecer com as sensações físicas, observando-as tal como são, acolhendo-as, assim como as emoções e pensamentos desconfortáveis que daí emergem, sem elaborações cognitivas secundárias.
Caminhada	A atenção é sustentada no ato de caminhar. Também são reconhecidas as experiências que emergem paralelamente, como emoções, movimentos do corpo e as distrações, para poder retornar com a atenção para o processo, com atitude de observar e não julgar.
Autocompaixão	Prática que visa se reconhecer conforme a pessoa que é no momento, acolhendo emoções, sensações e pensamentos, oferecendo intenções de bem-estar para si e para sua vida, buscando romper com o autocrítico, autojulgamento e autocobrança exagerados.
Compaixão	Desenvolvimento de afeto positivo pelo estímulo à compaixão. Demanda visualização de algumas pessoas, especialmente por quem sente um carinho especial, e mentalmente dirige expressões e votos de carinho e compaixão para si mesmos e para outras pessoas, que desejam. Observando a acolhendo as experiências que surgem enquanto faz essa meditação.

3.8.2. Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse

Quadro 3: Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse

Sessão	Conteúdo	Objetivos
1ª	Recursos de sobrevivência ao estresse do trabalho e a importância de aprender a relaxar. Prática: Respiração Diafragmática Relaxamento com Visualização. Partilha da experiência e votos de positividade para o grupo.	Identificar os recursos acessíveis de manejo de estresse e, por meio de trocas de experiências, sugerir alternativas de enfrentamento.
2ª	Importância de aprender a relaxar no ambiente de trabalho. Prática: Respiração Diafragmática Relaxamento muscular progressivo. Partilha da experiência e votos de positividade para o grupo.	Promover relaxamento muscular e mental e alternativas de uso dessas práticas no ambiente de trabalho.
3ª	Estresse e Prazer no ambiente do Trabalho Prática: Alongamentos. Partilha da experiência e votos de positividade para o grupo.	Promover relaxamento muscular e mental e ajudar os participantes a perceber os aspectos positivos do trabalho.
4ª	Retomada das Práticas	Promover relaxamento muscular e mental e incentivar à manutenção das práticas.

Quadro 4 : Descrição das principais práticas desenvolvidas na Intervenção de Quatro Encontros de Relaxamento para Redução de Estresse

Prática	Descrição
Respiração Diafragmática	Inspirar o ar pelo nariz, lenta e profundamente, enchendo os pulmões e projetando o abdômen para fora. Segura-se a respiração por alguns segundos e então exala-se lentamente, pelo nariz.
Visualização	Imaginar-se em um momento agradável, com visualizações e impressões sensoriais mentais que tenham efeito de relaxante.
Relaxamento Muscular Progressivo	Tensionar e em seguida, a relaxar os principais grupos musculares do corpo.
Alongamentos	Alongar grupos musculares de todo o corpo, permanecendo até 30 segundos no estiramento muscular, após alcançado seu limite de flexibilidade, conversando durante a prática.

Após cada sessão do grupo de relaxamento foi enviada a síntese e o script desenvolvido, por e-mail aos participantes, para estimulá-los a replicarem o aprendizado e se manterem engajados na proposta. O mesmo não foi feito no grupo de *mindfulness* porque não faz parte do protocolo.

3.9. Procedimentos

Após a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa, para fim de recrutamento, foram realizadas as divulgações do estudo por meio de palestras em reuniões de rotina nos serviços, cartazes afixados nas unidades de saúde, postagens em redes sociais e e-mails enviados para as listas de contatos das regiões autorizadas a participar da pesquisa.

O conteúdo do material veiculado para recrutamento da amostra referia-se a uma intervenção baseada em *mindfulness* e meditação para redução de estresse no trabalho. Dessa forma, as pessoas que se identificavam com a proposta, espontaneamente contatavam a pesquisadora por um e-mail especialmente criado para a comunicação com os candidatos à pesquisa. E inclusive vários participantes dos grupos de relaxamento acreditam espontaneamente que estavam praticando meditação, por conta do que foi lido no material do recrutamento.

Em reuniões semanais que acontecem na Secretaria Municipal de Saúde com todos os gerentes distritais, o projeto foi apresentado pelas coordenadoras da APS e efetuado o convite para que todas as regiões tivessem o acesso à pesquisa. No entanto, os gerentes distritais exerceram sua autonomia para autorizar a execução da pesquisa ou decliná-la, em suas regiões, embora o projeto estivesse autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre, o que gera mais dificuldades de atuação em pesquisa nesse campo. Embora as justificativas sejam as mesmas para os que autorizaram e para os que não autorizaram: escassez de profissionais e altas demandas de trabalho nos serviços.

A pesquisa alcançou uma amostra correspondente a quatro gerências distritais. Três regiões não manifestaram interesse na pesquisa. Os gerentes distritais que aceitaram a realização da pesquisa em sua região abriam então o espaço para que a pesquisadora realizasse uma palestra para sensibilização ao

tema em reuniões dos representantes das unidades correspondentes de cada região. Nessas reuniões, os representantes levavam os cartazes, depois compartilhavam o e-mail de recrutamento aos demais servidores da unidade e estimulavam em reuniões de sua unidade de saúde a participação na pesquisa dos profissionais interessados.

Todos os interessados liberados por suas chefias entravam em contato com a pesquisadora e eram então convidados a ler o e-mail que ilustrava as principais características do estudo e os critérios de inclusão e de exclusão. Todos os profissionais que concordavam e se julgavam aptos a participar do estudo eram convidados a participar de um primeiro encontro, no qual assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes de qualquer procedimento do estudo.

Os participantes elegíveis para compor a amostra do estudo eram convidados a seguir para as próximas etapas da pesquisa. Na etapa seguinte da pesquisa foi realizada a randomização. Mas, em função do grande número de desistências da pesquisa, especialmente dos participantes em lista de espera que deveriam esperar oito meses para ter acesso ao grupo de *mindfulness* em função do follow-up pós 3 meses e pós 6 meses, projetado na pesquisa, a randomização foi interrompida, bem como o tempo de avaliações de seguimento deste estudo.

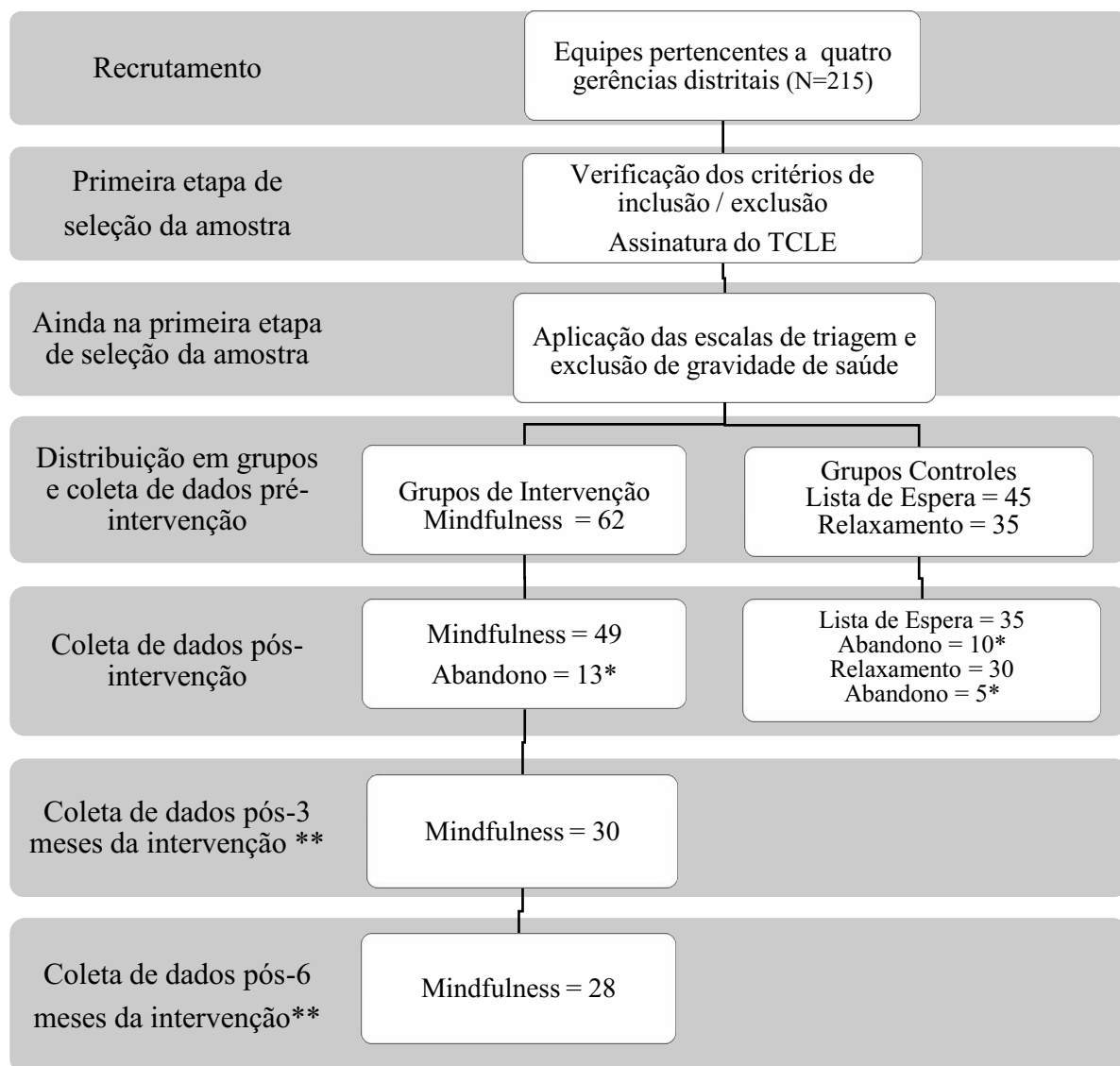
Devido a dificuldade de dispensar os sujeitos do horário de trabalho, caracterizado por sobrecarga, e do risco de possíveis desistências com o sorteio, foi tomada a decisão de interromper a randomização. Dessa forma os sujeitos eram convidados a participar de uma intervenção para redução do estresse ou para responder aos questionários e ser parâmetro para lista de espera.

Conforme a autorização dos gerentes distritais para a realização da pesquisa e o mês em andamento, para evitar interrupções por férias, por exemplo, os sujeitos eram alocados para a intervenção de quatro encontros (relaxamento) ou de oito (*mindfulness*). Outro critério para a distribuição dos participantes nos grupos foi o impedimento de que profissionais de uma mesma região não participassem de intervenções diferentes, com o objetivo de evitar a troca de informação sobre as intervenções e práticas e contaminar a amostra. Os sujeitos que compuseram a lista de espera, nas medidas do pré e pós dois meses, foram motivados pelo fato de que participariam a qualquer momento possível do grupo de *mindfulness*.

Do total de 215 pessoas que manifestaram interesse, no recrutamento veiculado, solicitando participar da pesquisa, apenas 142 participantes foram autorizados ou elegíveis para compor a amostra. O objetivo inicial do estudo era alcançar o mínimo de 90 sujeitos (30 em cada um dos três grupos de intervenção) que respondessem aos instrumentos da pesquisa no pré e no pós-teste, porque tratava-se de viabilidade desse tipo de pesquisa neste campo de estudo. O tamanho da amostra conferiu com a recomendação de no mínimo 30 participantes por grupo (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, Walach, 2011) para estabelecer comparações adequadas entre intervenções envolvendo *mindfulness*.

As intervenções aconteceram entre outubro de 2014 a dezembro de 2016, com reavaliações de seguimento até março de 2017, nos grupos de *mindfulness*, onde foram coletados os dados quantitativos e qualitativos novamente. No processo de coleta, análise e divulgação dos dados e resultados, garantiu-se sigilo em relação a qualquer informação que pudesse indicar a identidade civil dos participantes. Os encontros aconteceram em salas de reuniões, salão comunitário de bairro, salas de atendimento clínico, disponibilizados e previamente agendados com as chefias dos serviços de saúde. O fluxograma explicita resumida e objetivamente as etapas do recrutamento e alcance da amostra.

3.10. Fluxograma do Estudo



* Motivos descritos nos resultados **Não analisado nesse momento do estudo.

Nesse estudo foi testada uma intervenção de mindfulness com duração de 16 horas aulas presenciais no total e uma recomendação de práticas diárias com média de 15 minutos, além do incentivo a estarem utilizando as ferramentas na vida cotidiana.

O modelo de intervenção testado foi o Breathworks for Stress. Originalmente, a intervenção de *Mindfulness* utilizada no estudo tem um total de 8 encontros que acontecem uma vez por semana, com duração de 150 minutos, mas em função do tempo despendido pelos funcionários, o protocolo foi adaptado para duas horas em cada encontro, apenas excluindo o intervalo de vinte minutos e mais dez minutos

bem distribuídos nas demais atividades de cada encontro. O protocolo da Breathworks é reconhecido internacionalmente (Burch e Penman, 2013), a instituição, em 2014 venceu o prêmio de melhor livro na categoria de Medicina Popular no *Medical Book Award*. Em cada sessão é trabalhado um tema, distintas práticas, com objetivos bem definidos, conforme quadro 1 e 2.

Após o término das oito semanas de intervenção não foram realizados encontros mensais conforme previsto anteriormente no projeto devido a impossibilidade de reunir os participantes dos grupos em datas comuns a todos. Os reencontros para as práticas de *mindfulness* e para reavaliação aconteceram apenas pós 3 e pós 6 meses da intervenção.

A intervenção baseada em relaxamento não foi pareada, constitui-se de uma menor dose de sessões para verificar também a viabilidade de intervenções breves e mais acessíveis à implementação do que o *mindfulness*. Essa intervenção foi composta de quatro encontros, de duas horas de duração, intercalando uma semana sim e outra não. As atividades envolveram conversas de mútua-ajuda sobre situações do trabalho, psicoeducação sobre estresse e variadas técnicas de inoculação de estresse, como: respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, visualização relaxante e alongamentos, conforme os quadros 3 e 4.

Os profissionais foram dispensados em horário de trabalho para os encontros que aconteceram em locais disponibilizados e previamente agendados com as chefias dos serviços de saúde. Todos os sujeitos receberam textos e áudios com as práticas propostas nas sessões, contendo uma média 15 minutos de duração por faixa, enviados por e-mail, para incentivar as práticas a domicílio, propostas nas duas distintas intervenções.

Até o ano de 2014 a pesquisadora era a única instrutora em formação em *mindfulness* no modelo de 8 semanas, na cidade de Porto Alegre. E, no caso das práticas de relaxamento foram convidados estudantes e colegas do campo da Psicologia para conduzirem os quatro encontros. Infelizmente, os motivos da recusa foram: não sentir segurança em conduzir o protocolo, não ter a disponibilidade para o estudo, não ter um orçamento para pagar os técnicos.

Ambas as intervenções propostas nesse estudo foram conduzidas pela pesquisadora, psicóloga clínica, com experiência há 15 anos, com especialização em psicoterapias cognitivo-comportamentais, mestrado em Psicologia Clínica, Instrutora de *mindfulness* e de yoga, profissional treinada e certificada em ambos os métodos. A justificativa para a pesquisadora coordenar ambas as intervenções se deu pelo fato da mesma poder controlar os distintos mecanismos psicológicos e a forma de condução das práticas que diferem nas duas intervenções (*mindfulness* e relaxamento) e têm objetivos distintos.

Em ambas as intervenções, no primeiro encontro os participantes se apresentaram, expressaram o seu motivo de participar do grupo, bem como o seu sofrimento em relação ao trabalho e consentiram com algumas regras (como por exemplo: sigilo, pontualidade, justificar alguma falta, buscar se envolver com o que fosse proposto). Em todos os encontros foi trabalhado um roteiro bem definido, envolvendo diferentes exercícios, partilha de como foi a semana e apoio às dificuldades e dúvidas encontradas.

O protocolo experimental completo de *mindfulness* teve duração de 8 meses. Inicialmente, estava previsto um estudo de seguimento nos grupos controles (ativo e passivo) mas houve recusa em participar devido ao risco da impossibilidade de não obter liberação para, depois dos 8 meses, participar do grupo de *mindfulness* ou de relaxamento. Os sujeitos sorteados para o grupo de relaxamento também ficaram insatisfeitos e temiam não conseguir também serem liberados para o grupo de *mindfulness*, tal como previsto o oferecimento dessa intervenção, por questões éticas.

3.11. Análise Quantitativa

Todos os dados colhidos neste estudo foram inseridos em um banco de dados no programa estatístico SPSS e as análises foram realizadas nesse programa. Foi verificada a normalidade através de gráficos de normalidade dos resíduos, que não revelaram desvios significativos da normalidade.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e outras características referentes às condições de saúde, por grupo de intervenção.

Foi utilizado o teste exato de Fisher para comparar as características categorizadas entre os grupos e análise de variância ANOVA para comparar as médias entre os grupos de variáveis consideradas contínuas.

A seguir foi realizada uma análise de correlação através do coeficiente de Pearson entre os escores basais das variáveis das escalas em estudo para verificar a associação linear entre a escala de *Burnout* (MBI) com as demais escalas (autocompaixão, afeto, experiência, FFMQ) a fim de verificar como essas subescalas se relacionam com os mecanismos da sintomatologia do *Burnout*.

Foram calculadas as médias no pré e no pós-teste das subescalas em estudo, bem como o desvio padrão. Inicialmente, para essa análise foi utilizado o modelo de análise de variância para medidas repetidas, tendo como fatores explicativos: grupo de intervenção (*mindfulness*, relaxamento e espera), momento de avaliação (inicial e final, após as intervenções) e a interação momento e grupo de intervenção. A interação testa se os grupos mudam da mesma maneira ao longo do tempo.

Dadas as possíveis diferenças entre grupos de intervenção com relação aos valores médios das escalas no momento basal, optou-se pela análise inferencial por modelos de análise de covariância, pelo modelo de regressão múltipla, tendo como variáveis respostas a diferença absoluta entre o valor final e o inicial de cada escala e variáveis explicativas os grupos de intervenção (G1, G2, G3), escolaridade (até ensino médio, superior, pós-graduação) e o valor basal das escalas envolvidas. São reportados os testes F, conjuntos, do efeito de grupo e testes t para os efeitos dentro de cada grupo.

Também foi reportado o poder do teste e o tamanho do efeito. Neste estudo, o cálculo do tamanho de efeito foi apresentado no intuito de complementar o teste de significância da hipótese nula, uma vez que é permitida a medição de uma potencial significância real de um efeito em uma intervenção, através da descrição do tamanho dos efeitos observados, que é independente de um possível efeito enganoso em função do tamanho amostral. Dentre as diferentes medidas de tamanho de efeito, aplicou-se a medida do eta quadrado parcial, porque neste estudo as variáveis independentes possuem mais de duas

categorias ou são contínuas e desta forma, as estimativas de tamanho de efeito geralmente descrevem a proporção da variabilidade da variável dependente contínua que é devida a cada variável independente.

Por fim, o nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%. Não foram utilizadas correções por comparações múltiplas.

4. RESULTADOS

4.1. Efeitos não esperados

Não foram identificadas referências a efeitos adversos permanentes advindos de ambas as intervenções. Em raras sessões houve casos (n=6) nos grupos de *mindfulness*, em que participantes sofreram um intenso desconforto emocional, como crises de choro, intensa manifestação de raiva e sensação de forte ansiedade ou medo e desconfortos físicos, como tensão muscular, dores de cabeça e tontura. No grupo de relaxamento o único desconforto referido foi tontura, devido aos exercícios respiratórios.

Estes dados foram coletados in loco, durante as sessões. Os participantes manifestaram as suas experiências e a pesquisadora registrava em suas observações do estudo. Depois, por e-mail ou telefone, era conferido o estado de saúde do participantes e identificado que foram todas experiências, transitórias e que duraram apenas um dia ou dois, dependendo do sintoma mobilizado, o que pode ser inferido como a dificuldade comum dos participantes de grupos de *mindfulness* encararem e permanecerem com o desconforto, muito comum na literatura (Morgan, Simpson, Smith, 2014).

Outros efeitos não esperados foram: a tensão gerada na liberação de alguns profissionais para se ausentarem do horário de trabalho e participar das sessões, especialmente no grupo de *mindfulness* porque as ausências tomaram, na maioria dos casos, um turno inteiro de trabalho. Alguns participantes referiam culpa de deixar o trabalho e os colegas sobrecarregados ou com “suas caras de descontentamento ou reprovação”. Algumas regiões distritais não aceitaram a realização do estudo justamente por esse motivo.

Outro efeito observado foram conflitos interpessoais que se reproduziram nos grupos de intervenção. Em um grupo de relaxamento houve atrito entre uma coordenadora e uma subordinada, que após sessão, em sua unidade de saúde, gerou desentendimentos, resultando no abandono da subordinada ao grupo. E no grupo de *mindfulness* houve um abandono por motivo de dificuldades interrelacionais com uma colega de mesma profissão.

Na mudança de coordenação da APS, a nova substituta não apoiou o projeto como a coordenadora anterior, limitando o contato, inclusive para agendamento de reuniões com a mesma ou qualquer contato que promovesse a autorização para a mostra participar das intervenções e para o andamento mais rápido do projeto, tendo em vista que o cronograma de execução era limitado pelo tempo de matrícula da pesquisadora no doutorado. Na mudança de coordenação foi solicitado que a amostra fosse reduzida ao máximo, devido a quantidade de profissionais que se ausentariam dos serviços onerando o colegas e usuários (problemática anteriormente aprovada). A reunião na qual a pesquisadora foi recebida, aconteceu sob pressão do apoio de um deputado federal, que defende a pauta das práticas integrativas e complementares, que intercedeu pela execução do estudo, solicitando que a coordenadora atual, recebesse a pesquisadora em reunião – o que tornou o clima ainda mais tenso por puras questões políticas típicas do cenário da saúde pública brasileira.

Por esse motivo, o projeto foi submetido ao terceiro Comitê de Ética, nesse caso, ao Grupo Hospitalar Conceição, que gerencia concomitantemente ao município, algumas unidades de saúde, além de ter em seu quadro de profissionais, residentes na área da APS, que por este motivo acabaram sendo incluídos na amostra do estudo quantitativo apenas.

Por fim, alguns participantes de lista de espera, quando convidados a participar do grupo de *mindfulness* não obtiveram a liberação das chefias e apenas duas pessoas que haviam participado da intervenção de relaxamento (enfermeiras coordenadoras de unidade de saúde), graças a autonomia que as compete, conseguiram participar da integralidade do grupo de *mindfulness*, quando oferecido por questões éticas. Outras três participantes foram apenas na primeira sessão e não mais conseguiram a dispensa para frequentar as demais sete sessões. Este

efeito desmotivou ainda mais com que outros sujeitos respondessem aos questionários, especialmente os de lista de espera.

4.2. Características Sociodemográficas e Epidemiológicas da Amostra

No estudo foram incluídos um total de 142 sujeitos. Em relação a perda amostral, os valores faltantes representaram uma perda de 3% no pré-teste e 9% no pós-teste. Optou-se por trabalhar apenas com os casos que haviam completado as escalas no pré e pós-teste, sem efetuar imputações de dados. Dessa forma, nesse estudo, foi considerado como abandono, os casos que não apresentam as medidas no pós-teste em alguma das escalas e considerada adesão, aqueles que responderam no pré e no pós-teste, conforme tabela 1.

Tabela 1: Adesão ao estudo, abandonos e controle da frequência em cada sessão nos três grupos de intervenções

Variável	n total	%	n G1	%	n G2	%	n G3	%	p Fisher
Status									0,688
Amostra Total	142	100	62	100	35	100	45	100	
Adesão	114	80,3	49	79,0	30	85,7	35	77,8	
Abandono	28	19,7	13	21,0	5	14,3	10	22,2	
Frequência por sessão									
0	47	33,1	1	1,6	1	2,9	45	100	
1	7	4,9	4	6,5	3	8,6	0	0	
2	5	3,5	3	4,8	2	5,7	0	0	
3	16	11,3	4	6,5	12	34,3	0	0	
4	21	14,8	4	6,5	17	48,6	0	0	
5	6	4,2	6	9,7	0	0	0	0	
6	13	9,2	13	21	0	0	0	0	
7	15	10,6	15	24,2	0	0	0	0	
8	12	8,5	12	19,4	0	0	0	0	

Inicialmente, foram recrutados 215 participantes solicitaram participar do estudo. Destes alguns não foram elegíveis porque não pertenciam a atenção básica, não estavam em condições de saúde, ao longo do processo teriam que se ausentar ou não obtiveram a autorização da chefia para sair do trabalho na etapa de avaliação ou para estar presente nas intervenções. Nesses casos, algumas dessas pessoas foram convidadas a compor a lista de espera.

A cada sessão foi controlada a frequência, caso a caso, embora não tenha sido usado como variável de parâmetro estatístico, tendo em vista que a literatura aponta efeitos de intervenções breves e impactos na saúde mesmo tendo participado de apenas duas sessões de *mindfulness*. Tendo em vista que a pessoa é convidada a estar em contato com seu estado de saúde física ou emocional e nas primeiras sessões de ambas as intervenções, que são as mais impactantes, já aprendem estratégias para a regulação do estresse (Burton, Burges, Dean, Koutsopoulou e Jones, 2016). Além disso, a revisão publicada por Keng et al. (2011) revela que vários estudos demonstram que apenas uma única sessão de *mindfulness* pode resultar em efeitos positivos imediatos sobre a regulação da emoção e da ansiedade.

Nesse estudo, conforme a tabela 1 foi alta a aderência às sessões, todos os participantes que responderam no pós-teste, no caso do *mindfulness*, haviam participado de no mínimo 4 sessões, sendo que a maioria (n=40) participou de no mínimo 6 sessões. No caso do grupo de relaxamento, a maioria (n=29) participou de 75 a 100% das sessões e apenas um caso participou de duas sessões e respondeu no pós-teste. Dessa forma, pode-se concluir que a adesão aos programas foi alta e a maioria da amostra participou de mais de 75% das sessões de ambas as intervenções. Acredita-se que foi possível garantir uma dose de participação capaz de surtir algum impacto na saúde. E não houve diferença estatística entre os grupos em relação a adesão e abandonos.

Foram investigados os motivos do abandono do estudo caso a caso, por telefone ou por e-mail. Apenas uma pessoa não compareceu na intervenção de *mindfulness* e outra na de relaxamento, desde a primeira sessão (uma por motivo de adoecimento e a segunda por imprevistos no trabalho e falta de liberação para se ausentar). No caso dos participantes que abandonaram as intervenções, ou seja, 12 pessoas no grupo de *mindfulness* e 4 pessoas no grupo de relaxamento, as razões

identificadas foram: impossibilidade de se fazer presente por motivos profissionais, adoecimento, mudança nas agendas dos serviços, necessidade de substituição de colegas ausentes no serviço devido a capacitações, problemas de saúde, licença ou férias; o fato de ter perdido o andamento do trabalho devido a faltas anteriores, conflito com a presença de algum colega no grupo.

Esses mesmos motivos também foram identificados no estudo de Pidgeon, Ford, Klaassen (2014) e semelhantes à Shapiro et al. (2005). No caso da lista de espera, onde aconteceu o maior número de abandonos, a recusa a responder na etapa do pós-teste aconteceu por motivos alegados como: sobrecarga no trabalho e falta de tempo, não ter motivação para responder novamente tendo em vista que estava consciente de que não poderia participar dos grupos.

A amostra é homogênea no que se refere a sexo, estado conjugal, idade, distribuição de sintomatologia de transtornos mentais, ausência do trabalho no último ano por motivo de doenças, mudanças importantes na vida no último mês, autocuidados complementares e número de dependentes.

A amostra apresentou diferenças entre os grupos na distribuição das ocupações, escolaridade, faixa salarial, problemas de saúde e uso de medicamento e ter dependentes.

Algumas diferenças apresentadas em relação as características dos grupos não são relevantes em termos de impacto na análise, como por exemplo, o local de trabalho e o tipo de contrato.

Devido a essas diferenças entre os grupos nas variáveis renda e escolaridade, que são marcadores sociais importantes no país, estas variáveis foram controladas nas análises estatísticas, ajustando a medida de mudança aos escores basais das escalas e à escolaridade da amostra, que implica diretamente na renda, para que os grupos se tornassem comparáveis.

Tabela 2: Características sociodemográficas da amostra nos três distintos grupos

Variável	Total	%	G1	%	G2	%	G3	%	P Fisher
Sexo									0,173
Masculino	10	7,0	3	4,8	1	2,9	6	13,3	
Feminino	132	93,0	59	95,2	34	97,1	39	86,7	
Estado conjugal									0,367
Solteiro	32	22,5	17	27,4	9	25,7	6	13,3	
Casado ou união estável	96	67,6	39	62,9	22	62,9	35	77,8	
Divorciado	10	7,0	4	6,5	4	11,4	2	4,4	
Viúvo	4	2,8	2	3,2	0	0,0	2	4,4	
Escola									0,014
Até ensino médio	48	33,8	13	21,0	11	31,4	24	53,3	
Ensino superior	37	26,1	20	32,3	8	22,9	9	20,0	
Pós- graduação	57	40,1	29	46,8	16	45,7	12	26,7	
Renda per capita									0,004
Até 1000	50	35,2	14	22,6	11	31,4	25	55,6	
1000 - 3000	46	32,4	20	32,3	14	40,0	12	26,7	
3000 ou mais	46	32,4	28	45,2	10	28,6	8	17,8	
Dificuldade Econômica									0,059
Nunca	30	21,1	15	24,2	9	25,7	6	13,3	
Alguma vez	53	37,3	27	43,5	12	34,3	14	31,1	
Muitas vezes	27	19,0	8	12,9	5	14,3	14	31,1	
Quase sempre	12	8,5	7	11,3	4	11,4	1	2,2	
Sempre	20	14,1	5	8,1	5	14,3	10	22,2	

Tabela 3: Médias das faixas etárias e salariais da amostra nos três grupos de intervenção

	Total	G1	G2	G3	ANOVA p
Idade					0,295
Média	40,01	41,65	38,6	38,84	
Desvio padrão	11,00	11,69	11,35	9,58	
Mediana	38	40,5	38	36	
Mínimo	22	22	23	24	
Máximo	64	63	64	60	
n	142	62	35	45	
Salário					0,001
Média	4000,02	4959,61	3728,97	2888,73	
Desvio padrão	2922,69	3284,19	2234,18	2438,12	
Mediana	3000	4100	3000	1800	
Mínimo	1000	1172	1000	1000	
Máximo	16000	16000	7200	11000	
n	142	62	35	45	

Conforme os dados apresentados na tabela 2 e 3, em relação ao sexo, a maior parte da amostra, foi composta por mulheres (93%, n=132), mas a distribuição em relação ao sexo nos três diferentes grupos foi homogênea, bem como em relação ao estado civil. Grande parte do total na amostra (67,6%, n=96) estava em uma união estável ou casada e 22,5% (n = 32) declararam-se solteiros. A idade média foi de 40 anos de idade, com desvio padrão de 11 anos, variando de 22 anos a 64 anos.

Houve diferença estatística em relação ao grau de escolaridade (p= 0,014). A amostra foi predominantemente constituída por pessoas pós-graduadas (n=57, 40,1%). O grupo de lista de espera apresentou um maior número de participantes, no pré-teste, com ensino médio completo, enquanto o grupo de *Mindfulness* apresentou maior prevalência de participantes com ensino superior (32,2%) e pós-graduados (46,8%). Essa variável também interferiu, por consequência, na diferença salarial entre os grupos (p=0,001) e para verificar essa diferença foi categorizada uma variável de renda per capita, na qual se dividiu o salário declarado entre o profissional e número de dependentes do mesmo (p=0,04), mantendo as diferenças nos grupos. Este dado apresenta relação com a questão das dificuldades encontradas ao final do mês (p= 0,059), diferentemente em cada grupo. Essas

diferenças se deram porque o grupo de lista de espera foi composto em grande parte por agentes comunitários na linha de base (40%, n= 18) e por essas ocupações apresentarem menor escolaridade e renda.

Tabela 4: Distribuição das ocupações, local de trabalho, contrato e horas semanais de trabalho

	N Total	%	G1	%	G2	%	G3	%	Fisher p
Ocupação									0,033
Medicina	12	8,5	10	16,1	1	2,9	1	2,2	
Enfermagem	15	10,6	5	8,1	6	17,1	4	8,9	
Serviço Social	3	2,1	2	3,2	1	2,9	0	0,0	
Psicologia	3	2,1	3	4,8	0	0,0	0	0,0	
Odontologia	10	7,0	6	9,7	1	2,9	3	6,7	
Téc. Enferm.	28	19,7	11	17,7	9	25,7	8	17,8	
Agente Saúde	33	23,2	7	11,3	8	22,9	18	40,0	
Fonoaudióloga	1	0,7	1	1,6	0	0,0	0	0,0	
Terapia Ocup.	1	0,7	1	1,6	0	0,0	0	0,0	
Nutricionista	5	3,5	4	6,5	1	2,9	0	0,0	
Administrativo	5	3,5	2	3,2	0	0,0	3	6,7	
Farmacêutico	3	2,1	2	3,2	1	2,9	0	0,0	
Coordenador	11	7,7	4	6,5	5	14,3	2	4,4	
Téc.Saú Bucal	12	8,5	4	6,5	2	5,7	6	13,3	
									<0,001
Onde trabalha									
ESF	80	56,3	20	32,3	25	71,4	35	77,8	
UBS	40	28,2	29	46,8	8	22,9	3	6,7	
NASF	7	4,9	5	8,1	1	2,9	1	2,2	
Outra	15	10,6	8	12,9	1	2,9	6	13,3	
									<0,001
Contrato									
CLT	68	47,9	28	45,2	27	77,1	13	28,9	
Estatutário	64	45,1	24	38,7	8	22,9	32	71,1	
Residente	10	7,0	10	16,1	0	0,0	0	0,0	
									0,043
Tipo de contrato									
Tempo completo	131	92,3	53	85,5	34	97,1	44	97,8	
Tempo parcial	11	7,7	9	14,5	1	2,9	1	2,2	

Os resultados expostos na tabela 4 destacam que a amostra apresentou diferença em relação a distribuição das ocupações. No G1, 16,1% da amostra foi composta por médicos (n=10), ao passo que no G2 e no G3 apenas um médico

participou. A grande parte dos participantes atuava na Estratégia de Saúde da Família (56,3%, n= 80) e em Unidade Básica de Saúde (28,2%, n= 40), o que confere com o tipo de contrato de trabalho, no qual 47,9% da amostra encontra-se no CLT e 45,1% são estatutários. Houve diferença significativamente estatística entre os grupos porque uma amostra de residentes (n=10, 16,1% da amostra) participou apenas do grupo de intervenção de *mindfulness*. Em relação a carga horária semanal de trabalho, 92,3% trabalham dois turnos por semana. Houve diferença significativa entre os grupos (p= 0,043) porque no grupo de *mindfulness* concentrou-se a maior amostra de pessoas que tinham contrato parcial com o serviço (um turno), mas pelo menos 90% desses trabalhadores possuíam um outro turno de trabalho noutro serviço ou privado, conforme observado no estudo, o que ameniza a diferença.

Tabela 5: Características da saúde geral da amostra distribuídas nos três grupos de intervenção

	Total n e %	G1 n	G1 %	G2 n	G2 %	G3 n	G3 %	Fisher p
Problema de Saúde								0,037
Não	61 (43)	34	54,8	13	37,1	14	31,1	
Sim	81 (57)	28	45,2	22	62,9	31	68,9	
Problema Mental								0,290
Não	106 (74,6)	53	85,5	24	68,6	29	64,4	
Sim	36 (25,4)	9	14,5	11	31,4	16	35,6	
Uso de Medicamento								0,035
Não	74 (52,1)	39	62,9	18	51,4	17	37,8	
Sim	68 (47,9)	23	37,1	17	48,6	28	62,2	
Ausência por Saúde								0,617
Não	64 (45,1)	28	45,2	18	51,4	18	40,0	
Sim	78 (54,9)	34	54,8	17	48,6	27	60,0	
Mudança								0,366
Não	71 (50)	34	54,8	14	40,0	23	51,1	
Sim	71 (50)	28	45,2	21	60,0	22	48,9	
Outros Tratam								0,681
Não	107 (75,4)	47	75,8	28	80,0	32	71,1	
Sim	35 (24,6)	15	24,2	7	20,0	13	28,9	

No intuito de coletar alguns dados epidemiológicos, a tabela 5, aponta algumas características referentes a saúde dos participantes deste estudo. A variável problemas de saúde se refere a prevalência de qualquer sintoma físico (dores osteomusculares, dores de cabeça, problemas respiratórios, entre outros) ou mental (depressão, ansiedade, insônia, tabagismo, fobias, entre outros) reportados no questionário de dados sociodemográficos.

Os grupos controles apresentaram diferença significativa em relação ao grupo de *mindfulness*, conseqüentemente foram os grupos que faziam uso mais prevalente de medicação. No entanto, quando considerada apenas a variável problemas mentais, que envolveu os sintomas e transtornos psiquiátricos, os grupos foram homogêneos. Mais da metade da amostra (54,9%) se ausentou do trabalho no último ano por motivos de saúde, sem diferenças entre os grupos. E pelo menos metade da amostra, igualmente para todos os grupos, havia passado por alguma mudança importante de vida no último ano (relacionamento, saúde, trabalho, vida familiar, conforme descrito no questionário de dados sociodemográficos).

Não houve diferença significativa em relação ao autocuidado por meio de outros tratamentos complementares aos convencionais nos grupos (fitoterapia, homeopatia, fisioterapia, auroculoterapia, florais, psicoterapia há mais de 6 meses, acupuntura, atividades físicas, cuidados espirituais e massagens), conforme relatados.

Tabela 6: Levantamento do número de dependentes por grupo de intervenção

Variável	Total n (%)	G1 n(%)	G2 n(%)	G3 n(%)	p Fisher
Dependentes					0,035
Não	53 (37,3)	28(45,2)	15(42,9)	10(22,2)	
Sim	89 (62,7)	34(54,8)	20(57,1)	35(77,8)	
Número Dependentes		G1	G2	G3	Anova p
Média	1,09	0,87	1,14	1,36	0,113
Desvio padrão	1,196	0,983	1,517	1,151	
Mediana	1	1	1	1	
Mínimo	0	0	0	0	
Máximo	7	4	7	4	
n	142	62	35	45	

A amostra é diferente em relação a ter ou não um dependente, mas não apresenta diferença em relação ao número de dependentes (filhos ou parentes com os quais assume responsabilidades de cuidado e de apoio no sustento permanente ou temporário).

Tabela 7 – Prevalência do *Burnout* e Escores dos percentis referentes ao grau de *Burnout* nas dimensões da Escala MBI-GS e a média parâmetro de cada dimensão distribuídos nos três grupos de intervenção no pré-teste.

Grupo	Dimensão	n	25	33,33	50	66,66	75	Média
G1	Exaustão	62	2,46	2,83	3,50	4,17	4,33	3,376
	Cinismo	62	0,25	0,50	1,00	2,00	2,50	1,432
	Eficácia	62	4,50	4,83	5,17	5,50	5,67	4,953
G2	Exaustão	35	3,33	3,83	4,33	5,00	5,17	3,952
	Cinismo	35	0,50	0,50	1,00	1,25	1,75	1,221
	Eficácia	35	5,00	5,17	5,33	5,50	5,83	5,333
G3	Exaustão	44	2,33	2,50	3,67	4,17	4,46	3,367
	Cinismo	44	0,06	0,25	1,00	1,50	2,44	1,273
	Eficácia	44	4,13	4,83	5,33	5,50	5,50	4,951
Total	Exaustão	141	2,42	2,89	3,83	4,33	4,50	3,517
	Cinismo	141	0,25	0,50	1,00	1,67	2,50	1,330
	Eficácia	141	4,67	5,00	5,33	5,50	5,67	5,047

Para classificação dos níveis de exaustão emocional e desumanização, os pontos de corte foram calculados a partir dos percentis da distribuição, tomando como referência o padrão de resposta da própria amostra, tal como sugerido por Maslach e Jackson (1986). Considerando estas recomendações, os indivíduos acima do percentil 75 são enquadrados em grau alto de presença de *burnout*; entre os percentis 25 e 75, grau moderado e abaixo de 25, grau leve. Portanto, nessa amostra, todas as médias dos grupos no pré-teste, conforme a tabela 7, foram classificadas como grau moderado de *Burnout*. Não houve nenhuma dimensão em nenhum dos grupos que pontuou grau leve ou alto. A prevalência do *Burnout* na totalidade da amostra foi considerada moderada.

4.3. Correlações entre as medidas das escalas de *Burnout* com Afeto, *Mindfulness*, Experiência e Autocompaixão

Tabela 8: Correlações de Pearson entre as dimensões do *Burnout* no momento basal com as subescalas de Afeto, Experiência, FFMQ e Autocompaixão

Subescalas	Exaustão Correlação	p	Cinismo Correlação	p	Eficácia Correlação	p	n
Panas Negativo	,499**	0,000	,370**	0,000	-,256**	0,002	140
Panas Positivo	-,339**	0,000	-,353**	0,000	,333**	0,000	140
Descentramento	-,403**	0,000	-,414**	0,000	,383**	0,000	127
Ruminação	0,098	0,272	0,000	0,998	0,107	0,230	127
Autocrítica	,363**	0,000	,226**	0,007	-0,061	0,474	141
Fixação	,388**	0,000	,347**	0,000	-,289**	0,001	141
Isolamento	,440**	0,000	,432**	0,000	-,296**	0,000	141
Humanidade	-,237**	0,005	-,288**	0,001	,308**	0,000	141
Bondade	-,428**	0,000	-,322**	0,000	,291**	0,000	141
<i>Mindfulness</i>	-,313**	0,000	-,296**	0,000	,331**	0,000	141
Total Auto paixão	-,464**	0,000	-,404**	0,000	,326**	0,000	141
Observar	-0,091	0,287	-0,043	0,611	,190*	0,025	140
Descrever	-,375**	0,000	-,321**	0,000	,312**	0,000	140
Agir com							
Consciência	-,419**	0,000	-,409**	0,000	,298**	0,000	140
Não-julgar	-,358**	0,000	-,292**	0,000	,194*	0,021	140
Não-reagir	-,199*	0,018	-0,154	0,070	,310**	0,000	140

** A correlação é significativa no nível $p=0,01$ (2 extremidades). * A correlação é significativa no nível $p=0,05$ (2 extremidades)

Foi possível identificar algumas relações da sintomatologia do *Burnout* com as demais escalas do estudo, na tabela 8. A dimensão exaustão está positivamente correlacionada com o afeto negativo, autocrítica, fixação e isolamento (da escala de autocompaixão) e negativamente correlacionada com o afeto positivo, descentramento, senso de humanidade, bondade e *mindfulness* (subescalas da autocompaixão) e o total de autocompaixão, também com as subescalas de descrever, agir com consciência, não-julgar e não reagir da escala FFMQ. O mesmo se aplica para a dimensão do cinismo, exceto na dimensão não-reagir do FFMQ.

A dimensão de eficácia, ao contrário, está positivamente relacionada com afeto positivo, descentramento, senso de humanidade, bondade e *mindfulness* (subescalas da autocompaixão) e o total de autocompaixão e todas as subescalas da FFMQ.

4.4. Correlações entre a Escala de Experiência com medidas de *Burnout*, Afeto, *Mindfulness* e Autocompaixão

Tabela 9: Correlações de Pearson entre as subescalas Ruminação e Descentramento, Autocompaixão, FFMQ e Afeto, no momento basal.

Subescalas	Ruminação Correlação	P	Descentra. Correlação	P	n
Exaustão	0,098	0,272	-,403**	0,000	127
Cinismo	0,000	0,998	-,414**	0,000	127
Eficácia	0,107	0,230	,383**	0,000	127
Autocrítica	-0,031	0,725	-,403**	0,000	128
Fixação	-0,053	0,551	-,561**	0,000	128
Humanidade	0,121	0,174	,502**	0,000	128
Isolamento	0,068	0,445	-,584**	0,000	128
Bondade	0,102	0,251	,665**	0,000	128
<i>Mindfulness</i>	,243**	0,006	,690**	0,000	128
Total					
Autocompaixão	0,093	0,299	,712**	0,000	127
Observar	,331**	0,000	,373**	0,000	127
Descrever	0,103	0,249	,512**	0,000	127
Agir com					
Consciência	-0,049	0,586	,407**	0,000	127
Não-julgar	-,177*	0,046	,412**	0,000	127
Não-reagir	,267**	0,002	,574**	0,000	127
Panas Positivo	0,156	0,079	,482**	0,000	127
Panas Negativo	,203*	0,022	-,501**	0,000	127

** A correlação é significativa no nível $p=0,01$ (2 extremidades). * A correlação é significativa no nível $p=0,05$ (2 extremidades).

Com o objetivo de esclarecer os mecanismos de definem a Escala de Experiências, em estudo paralelo a este, foram realizadas correlações de Pearson entre as subescalas ruminação e descentramento na linha de base. Conforme a tabela 9, os resultados revelam correlação positiva da faceta observar, não-reagir e *mindfulness* com a ruminação e correlação negativa com a faceta não-julgar e afeto negativo. O descentramento, por outro lado, está correlacionado positivamente com as subescalas humanidade, bondade, *mindfulness* e total de autocompaixão e todas facetas do FFMQ e afeto positivo e negativamente associada com o afeto negativo e as subescalas autocrítica, fixação e isolamento, da autocompaixão.

4.5. Impacto das Intervenções nas medidas de *Burnout*, Afeto, *Mindfulness*, Descentramento, Ruminação e Autocompaixão

Para facilitar a interpretação dos dados trabalhou-se com a média das subescalas e não com as somas. Conforme a tabela 10, os grupos apresentaram médias nas subescalas no momento do pré-teste sem diferenças estatísticas significativas, o que evidencia que as médias das subescalas MBI-GS, PANAS, FFMQ e Experiências foram igualmente bem distribuídas entre os grupos. A única diferença significativa encontrada entre as médias basais dos grupos foi observada nas subescalas de fixação (superidentificação) e isolamento, da escala de autocompaixão e afeto negativo. O grupo de lista de espera apresentou médias maiores do que o G1 e G2. Devido a essas diferenças, essas variáveis, nas análises estatísticas foram controladas, ajustando a medida de mudança aos escores basais das escalas em estudo.

Tabela 10: Escores das médias, desvio padrão e valores mínimos e máximos pontuados nas escalas MBI, PANAS, FFMQ, Experiência e Autocompaixão no pré-teste e os testes de diferença entre os grupos

Basais	Total			G1: Mindfulness				G2: Controle Ativo				G3: Espera										
	n	Méd	DP	Min	Max	n	Méd	DP	Min	Max	n	Méd	DP	Min	Max	F	p					
MBI																						
Exaustão	141	3,517	1,418	0,500	6,000	62	3,376	1,382	0,500	6,000	35	3,952	1,435	0,500	5,830	44	3,367	1,415	0,500	5,830	2,24	0,110
Cinismo	141	1,330	1,226	0,000	4,500	62	1,432	1,292	0,000	4,500	35	1,221	1,052	0,000	4,000	44	1,273	1,272	0,000	4,500	0,39	0,675
Eficácia	141	5,047	0,892	2,670	6,000	62	4,953	0,937	2,670	6,000	35	5,333	0,658	2,670	6,000	44	4,951	0,955	2,830	6,000	2,45	0,090
PANAS																						
Afeto Negativo	141	2,391	0,708	1,080	4,080	62	2,292	0,658	1,170	3,920	35	2,431	0,755	1,250	3,920	44	2,498	0,734	1,080	4,080	1,17	0,315
Afeto Positivo	141	2,885	0,747	1,100	4,900	62	3,010	0,641	1,700	4,300	35	2,954	0,704	1,500	4,500	44	2,654	0,871	1,100	4,900	3,23	0,043
EXPERIÊNCIA																						
Ruminação	128	2,240	0,420	1,220	3,560	49	2,152	0,418	1,220	3,110	35	2,308	0,405	1,560	3,560	44	2,283	0,425	1,440	3,220	1,79	0,171
Descartamento	128	2,099	0,657	0,270	3,640	49	2,101	0,636	0,820	3,270	35	2,192	0,570	0,910	3,270	44	2,024	0,744	0,270	3,640	0,63	0,533
AUTOCOMPAIXÃO																						
Autocrítica	142	3,266	0,875	1,000	5,000	62	3,165	0,889	1,000	5,000	35	3,211	0,924	1,800	5,000	45	3,449	0,805	1,800	5,000	1,48	0,232
Fixação	142	3,217	0,936	1,000	5,000	62	3,044	0,845	1,750	5,000	35	3,071	0,994	1,250	5,000	45	3,567	0,931	1,000	5,000	4,88	0,009
Humanidade	142	3,261	0,885	1,000	5,000	62	3,323	0,812	1,250	5,000	35	3,393	0,803	1,750	5,000	45	3,072	1,022	1,000	5,000	1,57	0,211
Isolamento	142	2,866	1,128	1,000	5,000	62	2,690	1,069	1,000	5,000	35	2,707	1,122	1,000	4,500	45	3,233	1,147	1,000	5,000	3,62	0,029
Bondade	142	3,065	0,925	1,000	5,000	62	3,068	0,933	1,000	5,000	35	3,097	0,738	1,400	5,000	45	3,036	1,055	1,000	5,000	0,04	0,957
Mindfulness	142	3,478	0,908	1,000	5,000	62	3,520	0,875	1,250	5,000	35	3,529	0,811	2,250	5,000	45	3,382	1,028	1,000	5,000	0,37	0,690
Total	142	3,062	0,742	1,080	4,690	62	3,152	0,733	1,080	4,380	35	3,153	0,715	1,960	4,600	45	2,867	0,755	1,540	4,690	2,32	0,102
Autocompaixão																						
FFMQ																						
Observar	141	3,247	0,851	1,380	5,000	62	3,202	0,865	1,380	4,880	35	3,268	0,978	1,500	5,000	44	3,293	0,732	1,880	5,000	0,16	0,852
Descrerver	141	3,325	0,861	1,000	5,000	62	3,417	0,833	1,250	4,880	35	3,368	0,819	1,630	4,750	44	3,163	0,925	1,000	5,000	1,18	0,310
Agir com	141	3,646	0,908	1,500	5,000	62	3,686	0,898	1,750	5,000	35	3,618	0,894	1,630	5,000	44	3,612	0,951	1,500	5,000	0,10	0,901
Consciência	141	3,099	0,795	1,380	4,880	62	3,258	0,757	1,630	4,880	35	3,064	0,912	1,380	4,750	44	2,903	0,715	1,500	4,500	2,67	0,073
Não-julgar	141	2,702	0,706	1,290	4,710	62	2,728	0,679	1,290	4,430	35	2,653	0,715	1,290	4,430	44	2,705	0,748	1,290	4,710	0,13	0,882
Não-reagir	141	2,702	0,706	1,290	4,710	62	2,728	0,679	1,290	4,430	35	2,653	0,715	1,290	4,430	44	2,705	0,748	1,290	4,710	0,13	0,882

Tabela 11: Médias dos escores nas subescalas em estudo no pré e pós-teste dos grupos de intervenção e como os grupos mudam ao longo do tempo

Variáveis	n	Basal Média	Basal DP	Final Média	Final DP	G1 n	Basal Média	Basal DP	Final Média	Final DP	G2 n	Basal Média	Basal DP	Final Média	Final DP	C3 n	Basal Média	Basal DP	Final Média	Final DP	F	p	Eta	Poder
MBI-GS																								
Exaustão	113	3,574	1,322	3,412	1,366	49	3,657	1,195	3,306	1,169	30	3,894	1,368	3,406	1,534	34	3,172	1,392	3,569	1,496	6,49	0,002	0,106	0,899
Cínismo	113	1,367	1,280	1,312	1,213	49	1,612	1,322	1,250	1,099	30	1,133	1,060	1,200	1,179	34	1,221	1,369	1,500	1,399	3,96	0,022	0,067	0,701
Eficácia	113	5,030	0,916	4,909	0,929	49	4,932	0,987	4,946	0,859	30	5,411	0,473	5,200	0,710	34	4,833	1,026	4,598	1,110	1,38	0,255	0,025	0,292
PANAS																								
Afeto negativo	112	2,419	0,709	2,178	0,787	49	2,376	0,675	1,990	0,686	29	2,388	0,773	2,112	0,788	34	2,507	0,715	2,506	0,840	3,98	0,021	0,068	0,703
Afeto positivo	112	2,881	0,772	2,953	0,784	49	2,974	0,610	3,092	0,683	29	3,041	0,709	3,131	0,763	34	2,611	0,962	2,600	0,841	0,46	0,633	0,008	0,123
EXPERIÊNCIA																								
Ruminação	103	2,252	0,431	2,234	0,402	39	2,166	0,429	2,293	0,352	30	2,304	0,428	2,244	0,364	34	2,304	0,432	2,157	0,479	3,94	0,023	0,073	0,697
Descentrame	103	2,049	0,653	2,267	0,719	39	1,977	0,600	2,368	0,672	30	2,182	0,555	2,403	0,612	34	2,016	0,781	2,032	0,815	3,98	0,022	0,074	0,702
AUTOCOMPAI																								
Autocrítica	113	3,267	0,914	2,937	0,964	49	3,257	0,907	2,702	0,999	29	3,159	0,979	2,802	0,882	35	3,371	0,883	3,377	0,845	4,20	0,017	0,071	0,728
Fixação	113	3,226	0,943	2,991	1,030	49	3,168	0,830	2,714	0,911	29	3,026	1,005	2,905	1,012	35	3,471	1,011	3,450	1,069	3,20	0,045	0,055	0,601
Humanidade	113	3,219	0,893	3,345	0,883	49	3,225	0,817	3,439	0,891	29	3,422	0,805	3,422	0,779	35	3,043	1,041	3,150	0,944	0,58	0,563	0,010	0,144
Isolamento	113	2,894	1,141	2,717	1,071	49	2,857	1,075	2,500	0,959	29	2,629	1,121	2,466	1,024	35	3,164	1,219	3,229	1,107	2,73	0,070	0,047	0,530
Bondade	113	2,995	0,937	3,186	0,896	49	2,902	0,883	3,469	0,839	29	3,159	0,773	3,069	0,849	35	2,989	1,124	2,886	0,913	9,63	<0,001	0,149	0,979
Mindfulness	113	3,433	0,945	3,471	0,926	49	3,429	0,894	3,663	0,798	29	3,543	0,816	3,552	0,775	35	3,348	1,116	3,136	1,122	3,45	0,035	0,059	0,636
Total																								
Autocompaixão	113	3,029	0,763	3,228	0,806	49	3,028	0,734	3,450	0,770	29	3,201	0,741	3,302	0,704	35	2,888	0,813	2,856	0,823	7,88	0,001	0,125	0,949
FFMQ																								
Observar	113	3,233	0,847	3,282	0,868	49	3,191	0,868	3,429	0,819	30	3,204	0,899	3,271	0,881	34	3,320	0,784	3,081	0,909	4,57	0,012	0,077	0,765
Descrever	113	3,320	0,888	3,379	0,904	49	3,456	0,828	3,620	0,777	30	3,346	0,837	3,404	0,903	34	3,100	0,991	3,011	0,976	1,59	0,209	0,028	0,330
Agir com																								
Consciência	113	3,595	0,948	3,712	0,855	49	3,656	0,943	3,834	0,698	30	3,613	0,923	3,817	0,830	34	3,491	0,997	3,444	1,030	1,13	0,328	0,020	0,244
Não-julgar	113	3,080	0,837	3,382	0,822	49	3,189	0,807	3,658	0,790	30	3,121	0,956	3,288	0,766	34	2,886	0,756	3,067	0,805	2,19	0,117	0,038	0,440
Não-reagir	113	2,666	0,688	2,779	0,747	49	2,659	0,616	2,943	0,692	30	2,571	0,685	2,614	0,659	34	2,761	0,791	2,689	0,860	3,16	0,046	0,054	0,595

Tabela 12: Mudanças médias nos grupos pós-intervenções e suas comparações ajustadas por escolaridade e medidas basais das escalas em estudo

Grupo	Mudança		Erro		Diferença		Erro		Teste		p	Eta	Poder
	Delta	Erro P	IC95%	IC95%	Comparações	média	P	IC95%	t	F			
MBI													
EXAUSTÃO										3,65	0,029	0,064	0,662
G1: Mindfulness	-0,319	0,151	-0,619	-0,019	G1-G2	0,087	0,242	-0,392	0,567	0,718			
G2: Relaxamento	-0,406	0,195	-0,793	-0,019	G1-G3	-0,573	0,243	-1,054	-0,092	0,020			
G3: Espera	0,254	0,184	-0,110	0,618	G2-G3	-0,660	0,273	-1,201	-0,119	0,017			
CINISMO										2,65	0,076	0,047	0,516
G1: Mindfulness	-0,269	0,140	-0,546	0,008	G1-G2	-0,253	0,223	-0,694	0,188	0,258			
G2: Relaxamento	-0,016	0,177	-0,367	0,335	G1-G3	-0,507	0,222	-0,946	-0,067	0,024			
G3: Espera	0,238	0,166	-0,092	0,567	G2-G3	-0,254	0,244	-0,738	0,231	0,301			
EFICÁCIA										1,90	0,155	0,034	0,386
G1: Mindfulness	0,001	0,102	-0,201	0,203	G1-G2	0,051	0,165	-0,277	0,379	0,760			
G2: Relaxamento	-0,050	0,133	-0,312	0,213	G1-G3	0,307	0,161	-0,013	0,627	0,060			
G3: Espera	-0,306	0,123	-0,550	-0,063	G2-G3	0,256	0,184	-0,109	0,622	0,167			
PANAS													
Afeto Negativo										3,76	0,026	0,066	0,676
G1: Mindfulness	-0,376	0,084	-0,543	-0,209	G1-G2	-0,102	0,135	-0,370	0,167	0,454			
G2: Relaxamento	-0,274	0,109	-0,490	-0,058	G1-G3	-0,365	0,134	-0,631	-0,100	0,008			
G3: Espera	-0,011	0,101	-0,212	0,189	G2-G3	-0,263	0,150	-0,560	0,034	0,082			
Afeto Positivo										2,65	0,075	0,048	0,517
G1: Mindfulness	0,170	0,082	0,006	0,333	G1-G2	0,008	0,133	-0,255	0,270	0,954			
G2: Relaxamento	0,162	0,107	-0,050	0,374	G1-G3	0,286	0,132	0,023	0,548	0,033			
G3: Espera	-0,116	0,100	-0,315	0,083	G2-G3	0,278	0,148	-0,016	0,573	0,064			

Grupo	Mudança		Erro P	IC95%	IC95%	Comparações	Diferença		Erro P	IC95%	IC95%	Teste		p	eta	Poder
	Delta						média					t	F			
FFMQ																
Observar													4,27	0,016	0,074	0,735
G1: Mindfulness	0,234	0,096	0,044	0,424		G1-G2	0,160	0,153	-0,142	0,463	0,295					
G2: Relaxamento	0,074	0,122	-0,169	0,316		G1-G3	0,448	0,153	0,144	0,753	0,004					
G3: Espera	-0,214	0,116	-0,445	0,016		G2-G3	0,288	0,170	-0,049	0,625	0,093					
Descraver													2,74	0,069	0,049	0,531
G1: Mindfulness	0,198	0,088	0,024	0,372		G1-G2	0,126	0,139	-0,150	0,402	0,368					
G2: Relaxamento	0,072	0,112	-0,150	0,293		G1-G3	0,330	0,141	0,051	0,610	0,021					
G3: Espera	-0,132	0,107	-0,343	0,079		G2-G3	0,204	0,155	-0,104	0,512	0,192					
Agir com													1,58	0,211	0,029	0,329
Consciência																
G1: Mindfulness	0,180	0,095	-0,010	0,369		G1-G2	0,000	0,152	-0,301	0,301	0,999					
G2: Relaxamento	0,180	0,122	-0,062	0,421		G1-G3	0,251	0,153	-0,052	0,555	0,104					
G3: Espera	-0,072	0,116	-0,301	0,158		G2-G3	0,252	0,169	-0,084	0,587	0,140					
Não-julgar													3,95	0,022	0,069	0,699
G1: Mindfulness	0,474	0,093	0,291	0,658		G1-G2	0,346	0,147	0,054	0,638	0,021					
G2: Relaxamento	0,128	0,118	-0,106	0,362		G1-G3	0,346	0,149	0,051	0,641	0,022					
G3: Espera	0,128	0,112	-0,094	0,351		G2-G3	0,000	0,164	-0,326	0,325	0,998					
Não-reagir													3,02	0,053	0,053	0,575
G1: Mindfulness	0,276	0,089	0,099	0,453		G1-G2	0,276	0,142	-0,007	0,558	0,056					
G2: Relaxamento	0,000	0,114	-0,226	0,227		G1-G3	0,306	0,143	0,022	0,590	0,035					
G3: Espera	-0,030	0,108	-0,245	0,185		G2-G3	0,030	0,159	-0,285	0,346	0,849					
EXPERIÊNCIA																
Ruminação													1,32	0,271	0,027	0,280
G1: Mindfulness	0,057	0,056	-0,054	0,168		G1-G2	0,102	0,085	-0,067	0,270	0,234					
G2: Relaxamento	-0,045	0,064	-0,173	0,083		G1-G3	0,128	0,084	-0,039	0,296	0,132					
G3: Espera	-0,071	0,061	-0,192	0,050		G2-G3	0,027	0,089	-0,150	0,203	0,767					
Descentramento													3,42	0,037	0,066	0,631
G1: Mindfulness	0,365	0,087	0,192	0,538		G1-G2	0,093	0,133	-0,170	0,356	0,484					
G2: Relaxamento	0,272	0,101	0,071	0,472		G1-G3	0,337	0,131	0,078	0,597	0,011					
G3: Espera	0,027	0,095	-0,162	0,216		G2-G3	0,244	0,140	-0,034	0,523	0,085					

Grupo	Mudança		Diferença					Teste		p	eta	poder		
	Delta	Erro P	IC95%	IC95%	Comparações	média	Erro P	IC95%	t				F	
AUTOCOMPAIXÃO														
Autocrítica														
G1: Mindfulness	-0,562	0,114	-0,788	-0,335	G1-G2	-0,147	0,184	-0,512	0,218	0,427	5,73	0,004	0,097	0,857
G2: Relaxamento	-0,415	0,148	-0,709	-0,121	G1-G3	-0,606	0,181	-0,965	-0,247	0,001				
G3: Espera	0,045	0,136	-0,225	0,314	G2-G3	-0,459	0,203	-0,863	-0,056	0,026				
Fixação														
G1: Mindfulness	-0,465	0,113	-0,689	-0,241	G1-G2	-0,288	0,182	-0,649	0,073	0,117	4,34	0,015	0,075	0,741
G2: Relaxamento	-0,178	0,147	-0,468	0,113	G1-G3	-0,520	0,179	-0,875	-0,164	0,005				
G3: Espera	0,054	0,135	-0,213	0,322	G2-G3	-0,232	0,202	-0,632	0,168	0,253				
Humanidade														
G1: Mindfulness	0,197	0,110	-0,022	0,416	G1-G2	0,119	0,178	-0,235	0,472	0,507	0,44	0,646	0,008	0,120
G2: Relaxamento	0,078	0,144	-0,208	0,364	G1-G3	0,151	0,175	-0,197	0,498	0,392				
G3: Espera	0,046	0,132	-0,215	0,307	G2-G3	0,032	0,198	-0,361	0,425	0,872	4,52	0,013	0,078	0,760
Isolamento														
G1: Mindfulness	-0,362	0,104	-0,568	-0,155	G1-G2	-0,092	0,168	-0,425	0,241	0,586				
G2: Relaxamento	-0,270	0,135	-0,538	-0,002	G1-G3	-0,485	0,165	-0,812	-0,158	0,004				
G3: Espera	0,124	0,124	-0,122	0,370	G2-G3	-0,394	0,186	-0,762	-0,025	0,036	9,54	<0,001	0,151	0,978
Bondade														
G1: Mindfulness	0,529	0,101	0,328	0,729	G1-G2	0,538	0,164	0,214	0,863	0,001				
G2: Relaxamento	-0,010	0,132	-0,271	0,251	G1-G3	0,627	0,160	0,309	0,944	0,000				
G3: Espera	-0,098	0,120	-0,336	0,140	G2-G3	0,088	0,180	-0,268	0,445	0,624	4,52	0,013	0,078	0,760
Mindfulness														
G1: Mindfulness	0,226	0,101	0,026	0,426	G1-G2	0,197	0,162	-0,125	0,518	0,228				
G2: Relaxamento	0,029	0,131	-0,230	0,288	G1-G3	0,479	0,159	0,163	0,795	0,003				
G3: Espera	-0,253	0,120	-0,491	-0,016	G2-G3	0,282	0,179	-0,072	0,637	0,117	8,26	<0,001	0,134	0,957
Total Autocompaixão														
G1: Mindfulness	0,417	0,075	0,268	0,566	G1-G2	0,274	0,121	0,034	0,515	0,026				
G2: Relaxamento	0,143	0,098	-0,051	0,337	G1-G3	0,473	0,119	0,237	0,709	0,000				
G3: Espera	-0,056	0,089	-0,233	0,122	G2-G3	0,199	0,134	-0,067	0,465	0,141				

Os resultados, conforme apresentados na tabela 12, confirmam parcialmente a hipótese de superioridade da Intervenção Baseada em *Mindfulness* comparado ao grupo de relaxamento. Na tabela 11 estão apresentadas as médias estatísticas das escalas em estudo, nas etapas pré-teste (basal) e pós-teste (final) por grupo de intervenção, o teste F e o teste t, bem como o poder do teste e tamanho do efeito. Na tabela 12, em relação à medida de mudança pós-intervenções, nas análises estatísticas, ajustando a medida de mudança aos escores basais das escalas e à escolaridade da amostra, os resultados evidenciam que o G1 foi significativamente superior a G2 e G3 nas medidas de bondade e total de autocompaixão, subescala não-julgar e não-reagir.

A intervenção de *Mindfulness* e de Relaxamento promovem mudanças semelhantes na dimensão de exaustão da escala de *Burnout*, autocrítica e isolamento (autocompaixão). E o efeito da mudança em G1 é superior ao G3 nas seguintes subescalas: cinismo, afeto positivo e negativo, descentramento, fixação e *mindfulness*, descrever e observar, enquanto que o G2 não é superior a G3, evidenciando a superioridade de G1 em relação ao G2.

No anexo 10 estão apresentados os resultados observados, não ajustados, assim como os gráficos (anexo 9) de tendência da mudança em cada grupo, para simples conferência do comportamento da mudança em relação à média dos escores na linha basal em todas as subescalas.

Observando a mudança conforme os grupos de intervenção por subescalas, (tabela 12) observa-se que em relação aos escores de *Burnout*, os resultados apontaram diferença entre os grupos ($p=0,029$). A dimensão exaustão apresentou mudança significativa para os grupos de *mindfulness* ($p=0,020$) e de relaxamento ($p=0,17$). O G2 é minimamente superior ao G1 na redução da sintomatologia de exaustão. Já na dimensão de cinismo a diferença foi significativamente superior no G1 comparado ao G2 ($p=0,024$) e na subescala eficácia, embora o G1 tenha sido superior, à diferença comparado ao G3 teve significância limítrofe ($p=0,06$).

Em relação ao afeto negativo, o grupo de *mindfulness* apresentou mudança superior à lista de espera ($p=0,008$), sem diferenças entre o G1 e G2. O G1 foi superior ao G3 no afeto positivo ($p=0,033$). O G2 foi superior a G3 embora a diferença tenha sido marginalmente significativa ($p=0,064$).

Na subescala de descentramento resultados foram significativos para o G1 ($p=0,011$) comparado ao G3. Sem diferenças nos escores de mudança de ruminação nos três grupos.

Na análise dos escores de autocompaixão, a subescala autocrítico apresenta diferença superior e significativa para o G1 ($p=0,001$) comparado a G3, mas o G2 também aponta melhoras significativas ($p=0,026$) comparado a G3. Portanto, ambas as intervenções ajudam na redução do autocrítico. Os escores de isolamento melhoram, apontando diferença significativa entre os três grupos ($p=0,013$) e superioridade em G1 ($p=0,004$) e G2 ($p=0,036$) em relação a G3. Houve mudança positiva para G1, comparado a G3 na subescala fixação ($p=0,005$).

Na análise das escalas positivas da autocompaixão, os escores de senso de humanidade se mantêm sem diferença significativa entre os grupos. Na subescala bondade, *mindfulness* é superior a lista de espera ($p=0,00$) e ao grupo de relaxamento ($p=0,001$). Na subescala *mindfulness*, não houve diferença entre os grupos de intervenção, mas o G1 é superior a G3 ($p=0,003$). No valor total da escala de autocompaixão, G1 se mantém superior a G2 e G3.

Ao observar as análises da escala FFMQ, G1 é superior nas subescalas não-julgamento e não-reagir aos dois demais grupos e superior a G3 na subescala observar ($p=0,04$) e descrever ($p=0,021$).

5. Discussão dos resultados quantitativos

A discussão dos resultados, em função da hipótese e dos objetivos do estudo, se apresenta em duas etapas: caracterização da amostra e discussão sobre o estudo quantitativo.

5.1. Caracterização da amostra: perfil epidemiológico e de saúde dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Foi observado que grande parte da amostra foi composta por mulheres escolarizadas, com idade média de 40 anos e casadas. Esses dados conferem com o perfil das pessoas que costumam procurar por IBMs em ambientes de trabalho,

segundo um levantamento nacional nos Estados Unidos, que foi composto por uma maior prevalência do sexo feminino e haviam ao menos começado o ensino superior (Kachan, Olano, Tannenbaum, Annane, Mehta, Arheart, 2017). Quando o assunto são práticas meditativas de modo geral, o perfil da amostra se assemelha com outro levantamento realizado nos EUA (Cramer, Hall, Leach, Frawley, Zhang, Leung, Adams e Lauche, 2016). Nesse estudo, identificou-se que o perfil mais prevalente é de pessoas com idade entre 40-64 anos, mulheres, brancas, com ensino superior, solteiras, diagnosticados com uma ou mais condições crônicas.

Neste estudo, a variabilidade de queixas de sintomas físicos, psicológicos defensivos e comportamentais, em relação ao trabalho, independentemente da idade, ocupação, escolaridade, tempo de serviço, estado conjugal ou renda, corroboram as listas mais comuns de sintomas relacionados ao *Burnout*, tal descrito na literatura (Benevides-Pereira, 2010; Lima, 2016). Na variedade de ocupações que participaram do estudo não há diferenças no que tange a insatisfação em relação ao trabalho. Todos os participantes do estudo manifestaram algum tipo de insatisfação em relação ao trabalho, dentre os mais destacados: as grandes demandas quantitativas e qualitativas, que geram desconfortos físicos e emocionais, condições precárias de trabalho, sentimento de injustiça, falta valorização profissional, complexidade dos casos perante os recursos escassos para garantir resolutividade e controle sobre o trabalho e conflitos interpessoais. Tais achados vêm sendo corroborados nesse campo de estudo (Reis, Fernandes e Gomes, 2010; Lima, Pires, Forte e Medeiros, 2014).

Evidentemente, com um recorte transversal do estudo é impossível inferir causa e efeito, no entanto essas insatisfações podem se relacionam com a alta prevalência de problemas mentais. Nesse estudo foi identificada uma taxa de 55% no nível de sintomas psíquicos, resultados superiores aos encontrados por Braga, Carvalho e Binder (2010) em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (42,6%) e muito superior ao encontrado no estudo com trabalhadores da atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil (16,0%), por Dilélio, Faachini, Tomazi, Silva, Thume, Piccinini (2012). Mas a variabilidade pode se dar devido à falta de consenso nas medidas referentes aos sintomas e transtornos mentais e também é possível que peculiaridades do contexto no qual os trabalhadores estão inseridos em

determinado momento possam justificar as diferenças encontradas entre os estudos, comprometendo as comparações.

A prevalência de pessoas que se ausentaram do trabalho no último ano (54,9%) por motivos de saúde foi considerada alta. Esse dado é preocupante tendo em vista que o absenteísmo causa ainda mais sobrecarga aos demais profissionais das equipes, porque não são substituídos e se responsabilizam pelo alcance de metas.

Embora as faixas salariais entre os grupos tenham acusado diferença, na linha de base, porque o grupo de lista de espera foi composto por uma maior prevalência de ocupações com faixas salariais menores, houve apenas um único caso (agente comunitária do grupo de relaxamento) que destacou o baixo salário, como fator de insatisfação em relação ao trabalho, no questionário de dados sociodemográficos. Além do mais, a percepção das dificuldades financeiras ao final do mês foi igualmente distribuída nos três grupos, não sendo essa evidência uma diferença importante em relação ao estresse.

O diferencial dessa amostra é sua composição que retrata a APS tal como opera in loco, em equipes, no sistema público brasileiro. A proposta de promover uma intervenção para o estresse dos profissionais de variadas ocupações conjuntamente era justamente poder tocar em dimensões do estresse que acontecem nas relações e nos conflitos entre distintas relações verticais de poder ou na própria horizontalidade hierárquica. Esse estudo se destaca por não estratificar a amostra de profissionais da APS e gerar o acesso para todos atores se expressarem em grupo e olharem para o sofrimento a partir de diversos pontos de vista, especialmente pelo olhar do outro. O fato da amostra do grupo de *mindfulness* e de relaxamento apresentar mais profissionais de nível superior serve de referência para refletirmos a respeito da autonomia, das relações de poder e discriminatórias entre equipes do sistema de saúde (Schneider, 2014, Lemes, Siqueira, Castro e Abreu, 2016) e é evidente na literatura que a prevalência de SB é bem distribuída entre as ocupações da APS, tal como as médias da linha de base nesse estudo, igualmente distribuídas entre os três grupos (Silva, 2015).

A amostra também se diferenciou em relação ao local de trabalho e o tipo de contrato, mas esse dado não tem relevância em relação às condições de trabalho ou

ao estresse da amostra. Embora tenha havido algumas diferenças entre os grupos, os efeitos destas variáveis foram controlados na análise longitudinal, em relação a escolaridade, que diretamente interfere na faixa salarial e nos demais desdobramentos em relação a renda. Ainda, foram ajustadas todas as variáveis em relação às médias basais, no pré-teste, amenizando qualquer diferença nos resultados sobre os desfechos principal e secundário do estudo.

5.2. Relação entre as medidas de *burnout* com as medidas de afeto, autocompaixão, *mindfulness*, ruminação e descentramento

Ao analisarmos o efeito da intervenção sobre a redução da sintomatologia da SB, observamos que o G1 reduziu os seus escores nas três dimensões do *Burnout*, enquanto o G2 melhorou apenas na exaustão e o G3 piorou em todas as dimensões ao longo do tempo, conforme tabela 11, na qual é possível notar as médias basais comparadas às médias no pós-teste. Esse dado nos alerta sobre a característica de cronificação do estresse e do *Burnout* quando a prevenção e promoção de saúde nesses casos não é implementada, conforme previsto na literatura e especialmente diante do aumento da demanda na assistência ao paciente e as questões administrativas do trabalho (Dyrbye e Shanafelt, 2011).

Foi possível identificar relações das dimensões da SB com aspectos medidos nas demais escalas do estudo, que podem ser preditores dessa síndrome, embora não seja possível podemos afirmar, nesse recorte transversal do estudo, a relação de causa e efeito. Os resultados ilustram que a exaustão e a despersonalização, como diversos estudos confirmam, está correlacionada positivamente com o afeto negativo e negativamente com o afeto positivo, ou seja, o esgotamento interfere no bem-estar psicológico, aumentando a presença de emoções desconfortáveis como sintomas de ansiedade e depressão (Trigo, Teng, Hallack, 2006; Silva, Nunes, Santana, Reis, Neto e Lima, 2014).

A exaustão e a despersonalização estão correlacionadas positivamente com as dimensões negativas da escala de autocompaixão e negativamente correlacionadas com as subescalas positivas. Quanto maiores os escores de autocriticismo, isolamento e superidentificação maiores os escores em exaustão e despersonalização. Quanto menores os escores em bondade, senso de humanidade

e *mindfulness* maiores os escores na exaustão e despersonalização. Esses relações refletem por consequência em um baixo escore total de autocompaixão, confirmadas em estudos sobre compaixão e *Burnout* (Neff, 2003a). Esse déficit objetivamente gera uma falta de se permitir ser tocado pelo próprio sofrimento com um desejo amoroso de aliviá-lo, com compreensão e respeito. Essa habilidade é essencial para lidarmos com a percepção de falhas e situações de vida dolorosas e desafiadoras de forma geral (Neff, 2003a).

Podemos entender que a falta da habilidade de autocompaixão pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da SB. Alguns estudos destacam que a compaixão aumenta a capacidade de resiliência e o bem-estar psicológico transformando as experiências dolorosas em compreensão e que a compaixão pode se tornar uma habilidade poderosa para a resiliência e para resistir e enfrentar o sofrimento (Gilbert & Choden, 2014; Klimecki et al., 2013).

As dimensões da exaustão e da despersonalização também estão correlacionadas negativamente com a habilidade de descentramento, ou seja, o portador da SB, apresentaria pouca capacidade metacognitiva de observar a sua experiência interna, pensamentos e emoções como eventos transitórios.

Em relação ao questionário FFMQ, três facetas apresentaram correlação negativa com a exaustão e a despersonalização, confirmando os resultados de Abenavoli, Jennings, Greenberg, Harris e Katz (2014). A faceta descrever (capacidade de caracterizar experiências internas através de palavras) apresentou correlação negativa com a exaustão e a despersonalização. O mesmo aconteceu com a faceta agir com consciência (estar atento às atividades e ações do momento, em oposição a um comportamento automatizado) e a faceta de não julgar (habilidade de não adotar uma postura de avaliação em relação à experiência interna). A faceta não reagir se correlacionou negativamente com a exaustão e não com a despersonalização. Esse é um dado interessante, tendo em vista que o cinismo, como estratégia defensiva de comportamento, implica no não reagir à experiência interna, uma tendência a permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar ou ser tomado por eles.

Contudo, a faceta observar não apresentou correlação com a exaustão e a despersonalização, o que indica que ter níveis mais altos ou mais baixos dessa faceta não tem relação com essas dimensões da SB. No entanto, positivamente com

a eficácia, condição de notar ou estar atento às experiências internas e externas, tais como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros, condições essenciais para um melhor desempenho no trabalho, conforme resultados de Dobkin, Bernardi e Bagnis (2016).

A dimensão de eficácia, ao contrário, está positivamente relacionada com o afeto positivo, descentramento, senso de humanidade, bondade e *mindfulness* (autocompaixão), total de autocompaixão e todas as facetas da FFMQ. Esse resultado nos leva a refletir sobre a importância da promoção de desenvolvimento das habilidades de *mindfulness* e de autocompaixão, bem como de intervenções que abordem diretamente o estímulo a promoção de bem-estar psicológico para os profissionais da APS (Ravalier et al., 2016).

As médias gerais de todos os grupos na linha de base evidenciaram, conforme cálculo dos percentis, que o grau de *Burnout* foi moderado no total da amostra (n=142), sem controlar por idade, sexo, tempo de serviço, ocupação ou qualquer outra variável. No estudo de levantamento da SB em profissionais da APS de Porto Alegre, constatou-se que 29% de uma amostra de 217 profissionais apresentaram Síndrome de *Burnout* e os preditores foram: presença de transtorno mentais comuns, cansaço, maior tempo de profissão, não ter filhos, apenas trabalhar, residir em Porto Alegre e trabalhar em UBS (Silveira et al., 2014). Esses dados são similares a este estudo e demais amostras brasileiras. (Albuquerque et al., 2012, Martins et al., 2014; Silva, 2015 e Lima, 2016). No levantamento de Silva (2015), na cidade de São Paulo, a prevalência de esgotamento em uma amostra de 2940 trabalhadores da APS, foi de 47,7% no nível moderado da SB e 11,7%, no nível grave.

A dimensão da exaustão parece ser o fator de avaliação mais relevante dessa síndrome, tendo em vista a quantidade de queixas físicas e psicológicas referidas pelos participantes do estudo, como se confirma em estudos com populações de trabalhadores da saúde. A despersonalização, na linha de base apresentou médias semelhantes entre os grupos, o que representa um distanciamento afetivo no contexto interpessoal, desencadeando uma sensação de alienação em relação aos outros, promovendo o que Maslach chama de “*coisificação*” das relações. A grande preocupação é que em profissões de caráter assistencial, que atuam na lógica da continuidade do cuidado baseado no fortalecimento do vínculo entre prestador de

serviço e cliente, este componente pode implicar em sérios riscos para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade (Maslach et al., 2001).

5.3. Efeito das intervenções para redução de sintomas de *Burnout* em profissionais da Atenção Primária à Saúde

Esse é o primeiro estudo a comparar grupos de profissionais da saúde submetidos a uma IBM com um grupo controle ativo, utilizando a MBI-GS. Dessa forma, a discussão dos resultados é confrontada com a escassa literatura nesse campo e metodologia específica. De forma geral, ao confrontarmos os achados desse estudo com a literatura, os resultados corroboram a relação da IBM com a redução de sintomatologia do *Burnout* em profissionais da saúde (Irving et al., 2009 e Burton et al., 2016).

Podemos considerar, tendo em vista que a redução da exaustão foi melhor no G2 e com uma dose de no máximo quatro encontros que, talvez, para os indivíduos esgotados, exaustos física ou mentalmente é digno considerar que intervenções que promovam um estado de descanso, relaxamento e um incentivo ao autocuidado e compensação de suas energias, tal como foi proposto na IBR, sejam a primeira escolha, especialmente em fases mais agudas de estresse. Estratégias que inicialmente ativem direta e objetivamente o sistema nervoso parassimpático são fundamentais para os casos de exaustão da SB, porque promovem uma baixa no ritmo respiratório e cardíaco, na pressão arterial e tensão muscular, auxiliando na diminuição dos níveis de ativação (Benevides-Pereira, 2010). Talvez por isso, as práticas de relaxamento foram minimamente superiores às práticas de *mindfulness*, que envolvem um treino mais ativo, um trabalho de esforço de sustentação e de orientação da atenção, além da permanência na observação de desconfortos, ao passo que no relaxamento, esse esforço não é enfatizado. Essa reflexão também é fundamentada pela evidência que nas demais dimensões da MBI, a IBR não foi eficaz, nem melhor do que a lista de espera (Ruotsalainen, Verbeek, Mariné e Serra, 2014).

Ao tomarmos por base os estudos que comparam unicamente as medidas pré e pós-intervenção de profissionais da saúde, submetidos a IBM para o estresse, sem comparação com grupos, são evidentes as melhorias na SB no pós-teste, tal como

neste presente estudo, o que isoladamente contempla a curiosidade a respeito do impacto das IBM para o estresse do trabalhador. Ao comparar as médias basais e finais do G1 é possível afirmar que ocorreram mudanças positivas na SB, resultados semelhantes aos encontrados por Galantino, Baime, Maguire, Szapary e Farrar (2005), que após 8 semanas de uma IBM evidenciou queda significativa na exaustão e uma diferença importante na despersonalização. Cabe observar que variações breves de IBM, como a de Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska e Raquel (2013), com duração de três dias consecutivos, evidenciou mudanças significativas em todas as dimensões da SB no pós-teste e nas avaliações de seguimento; os mesmos resultados identificados no estudo de Asuero et al. (2013), pós IBM de oito semanas e de Goodman e Schorling (2012) que utilizaram como nessa pesquisa, uma amostra mista de profissionais envolvidos com saúde.

Esses contrastes nos fazem refletir sobre a quantidade necessária de sessões para obtenção de efeitos na redução da sintomatologia da SB, especialmente em uma amostra com sobrecarga de trabalho e pouca autonomia para se ausentar do trabalho e participar das IBMs. A SB, mensurada com escalas distintas a desse estudo, também apresenta resultados significativos, conforme Bazarko, Cate, Azocar e Kreitzer (2013) evidenciaram após uma IBM de 8 semanas em mulheres enfermeiras, gênero predominante nos estudos desse campo.

Quando os resultados das mudanças entre os grupos passam a envolver um controle do tipo lista de espera, os resultados se diversificam. Nesse estudo G1 foi superior a G3 em todas as dimensões da SB, indo de encontro com a literatura. Shapiro et al. (2005) testaram o MBSR em profissionais de saúde e foi observada redução no total da sintomatologia do *Burnout*, embora os autores não tenham apresentando os resultados por dimensões separadamente. Embora a IBM tenha gerado mudanças, essa diferença não foi significativa, comparada a lista de espera, no estudo de Shapiro et al (2005) porque a lista de espera também apresentou reduções na sintomatologia, ao contrário desta pesquisa, no qual a lista de espera piorou em todas as dimensões do *Burnout*, conforme as médias finais da tabela 11.

Outra evidência corroborada pela literatura a respeito da SB é que ela piora com o tempo. O processo do *burnout* é individual e sua evolução pode levar anos, não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar estar

acontecendo algo de errado com ele (Rudow, 1999). Os participantes da lista de espera pioraram nas três dimensões da escala de *Burnout*, o que chama a atenção para a gravidade e o curso de evolução dessa síndrome e de seu possível impacto no contexto de trabalho da APS (Leone, Huibers, Knottnerus e Kant, 2008).

Outros estudos (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker e Shapiro, 2005; Mackenzie, Poulin e Seidman-Carlson, 2006) que compararam amostras semelhantes de grupos de profissionais da saúde submetidos a uma IBM à lista de espera, identificaram redução significativa apenas na exaustão e na despersonalização, resultados semelhantes a esta presente pesquisa, com o destaque que, além da mudança na exaustão e na despersonalização, foi promovida uma diferença marginalmente significativa na dimensão da eficácia ($p=0,006$). Cabe destacar que uma IBM breve, conforme a proposta por Manotas, Segura, Eraso, Oggins e McGovern (2014) garantiu efeitos significativos na redução do estresse percebido em profissionais colombianos, comparado a lista de espera. Todos esses estudos sugerem que as IBMs são uma alternativa ao cuidado do estresse do trabalhador, mas não podemos deixar de discutir a viabilidade da aplicação das mesmas no contexto brasileiro.

São raras as pesquisas confrontando as IBM com intervenções de controle ativo em profissionais da saúde avaliando a SB. O estudo de Shapiro et al. (2007) envolveu uma amostra de estudantes de psicologia, submetidos a uma intervenção teórica de dez encontros para manejo de estresse, mas curiosamente, sem oportunizar uma experiência com práticas de relaxamento, comparados ao MBRS. Os resultados foram significativos para a redução do estresse percebido e melhora do afeto nos participantes da IBM.

Dada a escassez de resultados robustos e de estudos de qualidade, há uma crítica em relação ao campo de pesquisa das IBM porque grande parte dos estudos apresentam amostras pequenas, sem grupos controles ativos, com intervenções baseadas em *mindfulness* adaptadas dos protocolos originais de modo questionável possibilitando inclusive riscos, tal como destaca Goyal, Singh, Sibinga, Gould, Rowland-Seymour, Berger et al. (2014), que após revisar 47 ensaios clínicos identificaram que as IBM não apresentaram evidências de melhores resultados para

diversas medidas de saúde mental, quando comparados a qualquer tratamento ativo como exercícios e outras terapias comportamentais.

É importante que o campo de pesquisa siga evoluindo para conseguirmos determinar quais as estratégias mais efetivas e viáveis para o cuidado do estresse do trabalhador. Afinal, assim como várias intervenções, como o relaxamento, treinamentos cognitivo-comportamentais e recreações apresentam impacto na redução da sintomatologia da SB, especialmente na exaustão para essa população (Awa, Plaumann, Walter, 2010), as IBM apresentam evidências crescentes de que são mais uma alternativa para essa população.

5.4. Efeito das intervenções de relaxamento e de *mindfulness* nas medidas de afeto, *mindfulness*, descentramento e ruminação e autocompaixão

5.4.1. Afeto Positivo e Negativo

A IBM foi superior no aumento de afeto positivo e na redução do afeto negativo, corroborando as informações correntes na literatura a respeito dos efeitos no bem-estar psicológico dos profissionais da APS (Irving, Dobkin e Park, 2009 e Burton et al., 2016). É importante notar que a lista de espera piorou nessa medida, especialmente porque o afeto está correlacionado com a exaustão e a despersonalização, o que reforça, novamente a reflexão sobre o prognóstico reservado do *Burnout*.

A IBR também apresentou resultados importantes para o aumento de afeto positivo, com tendências, conforme gráficos nos anexos 9, de que se houvesse mais tempo de intervenção, possivelmente alcançaria resultados tão significativos quanto o G1, tal como Jain et al (2007) e Josefsson et al (2012), mas ao contrário de Shapiro et al. (2007), embora os mecanismos psicológicos promotores do bem-estar sejam distintos nos grupos.

De modo geral, as IBMs mostraram-se promissoras no alívio do estresse e na promoção do bem-estar (Khoury et al., 2013; Victorson et al., 2015). É essencial refletir sobre os mecanismos psicológicos promotores do bem-estar, comparando

grupos com distintas intervenções, para entender como os resultados acontecem e se são mantidos no longo prazo. Uma IBR embora promova um alívio de estresse e melhore o afeto negativo, gera esses benefícios devido a mecanismos distintos do *mindfulness* (Stier-Jarmer, Frisch, Oberhauser, Berberich, Schuh, Meteorol, 2016). Segundo Kaushik, Kaushik, Mahajan e Rajesh (2006), o estado de hiperexcitação por aumento de descargas simpáticas pode ser modulado por sessões de relaxamento e exercícios de respiração, de forma associada ou isolada. Entretanto, segundo esses autores, os exercícios respiratórios e o relaxamento modulariam o sistema nervoso autônomo parassimpático. Esse foi o objetivo de todas as práticas propostas no G2, portanto seria esse o princípio psicofisiológico que promoveria a sensação de bem-estar nos grupos de relaxamento. No caso da IBM, o mecanismo psicológico envolvido na promoção de bem-estar está relacionado a três componentes: intenção, atenção e atitude, conforme Shapiro et. al (2006).

Nesse estudo a intenção coletiva predominante foi de redução de estresse. A atenção é o componente que envolve um processo contínuo de treinamento de atenção sustentada, uma capacidade de comutação de foco atencional e inibição cognitiva de processos elaborativos secundários. As práticas meditativas aumentam a atividade no córtex cingulado anterior, uma área do cérebro associada à autorregulação atencional (Tang e Posner, 2009). Por fim, um fator essencial é a atitude, ou seja, a qualidade da resposta comportamental às experiências que emergem na consciência, que demandam uma aceitação compassiva.

Esses três componentes garantem segundo a hipótese dos autores (Shapiro et. al., 2006) uma mudança significativa na qualidade de percepção das experiências, sendo um potencial responsável pelos benefícios comprovados cientificamente, porque a prática desenvolve, de modo geral: autorregulação (emocional, atencional e das sensações corporais), clareza de valores, flexibilidade (cognitiva, emocional e comportamental) e a exposição (contato com as experiências em detrimento da evitação ou esquiva experiencial das mesmas). Esse foi o primeiro modelo teórico explicativo na compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos nas IBM, depois, surgem modelos neurocientíficos (Lutz, Slagter, Dunne e Davidson, 2008; Tang e Posner, 2009; Slagter, Richard e Lutz, 2011) que ilustram os aspectos propostos pelos pesquisadores pioneiros.

De modo a ilustrar os mecanismos presentes nas IBMs é válido destacar alguns estudos. Semple (2010) pós treinamento de 4 semanas de *mindfulness* e de relaxamento, não observou diferenças no humor e ansiedade entre os grupos, com uma recomendação de práticas diárias de duas vezes por dia. Ele demonstrou que no grupo de *mindfulness* houve uma maior discriminabilidade em uma tarefa atencional de detecção de estímulo do que os outros grupos, além de melhorias significativas na atenção sustentada, que não parecia ser mediada por efeitos de relaxamento, no entanto, as medidas da atenção concentrada e inibição da distração não apoiaram a hipótese de Shapiro et al. (2006) porque diferentes práticas de *mindfulness* podem afetar diferentemente a qualidade da atenção. Jha, Krompinger e Baime (2007) compararam um grupo de indivíduos que realizaram o MBSR com um grupo de meditadores experientes que participaram de um retiro de meditação intensivo de 30 dias. O primeiro grupo, que participou de intervenção semelhante à proposta neste estudo melhorou a orientação da atenção, enquanto os participantes do retiro demonstraram melhorias nas habilidades de atenção receptiva (monitoramento aberto). Schmertz, Anderson e Robins (2009) evidenciaram que o *mindfulness* pode estar inversamente relacionado a maiores lapsos de atenção, resultado vantajoso se aplicado a profissionais da APS.

Embora a maioria dos estudos que testam as IBMs (Luken e Sammons, 2016) e intervenções para a promoção de bem-estar em trabalhadores encontrem resultados positivos para a melhora do afeto, os resultados a longo prazo são inconclusivos (Ravalier et al., 2016). Estudos longitudinais com seguimentos mais extensos são necessários para definir quais as abordagens mais potentes para a SB. Wolkin (2015) postula que desenvolver as qualidades da atenção (vigilância, orientação e controle executivo) pelo treinamento de *mindfulness* leva a um maior bem-estar psicológico devido à diminuição da ruminação cognitiva e o desenvolvimento da habilidade metacognitiva de descentramento. É possível discernir nesse estudo que estratégias de distração, tal como propostas pelo relaxamento, nesse estudo, são estratégias de alívio do estresse, mas com efeitos temporários, o que embora seja bem mais saudável do que a manutenção de um envolvimento com a ruminação cognitiva, não é eficaz em longo prazo, como afirma Germer (2009) ao destacar que a evitação intensifica os sentimentos negativos em longo prazo e sacrifica a compreensão da experiência.

5.4.2. *Mindfulness*

Em relação as medidas de *mindfulness*, era esperado que o grupo de *mindfulness* apresentasse melhores escores de mudanças pós-intervenção do que o G2 e G3. Mas apenas as facetas não julgar e não reagir foram superiores comparadas a G2 e G3. Esses dados servem para clarear o campo científico em relação aos impactos específicos das intervenções de *mindfulness*.

Se considerarmos a faceta não reagir, muito treinada nas IBM, porque os participantes dos programas são convidados a estabelecer contato com o que está acontecendo consigo no momento presente, sem se esquivar de qualquer experiência, seja ela agradável ou desagradável, conforme os julgamentos mentais, temos um dado que ilustra os benefícios exclusivos dessa IBM. O não reagir envolve a habilidade de autorizar que a experiência interna aconteça (pensamentos e emoções) sem se deixar afetar ou ser tomado por ela, ao passo que no G2, essa faceta foi bem controlada na IBR porque eram dadas orientações de manejo do desconforto de modo a reforçar à esquiva experiencial, ou seja, ao sentir um desconforto qualquer, era recomendado que saísse do ambiente, respirasse para aliviar o incômodo, pensasse noutras coisas, etc. e esse comportamento é o extremo oposto do não reagir, já que essas habilidades servem como alívios imediatos, tal como é evidente nos discursos gravados nas entrevistas, comparando a forma do uso das habilidades entre o G1 e G2. Acredita-se que a presença dessa habilidade esteja associada à sensibilidade a mudanças mais sutis nos estados emocionais, permitindo que um indivíduo se envolva e se autorregule logo após a emoção surgir, mas com o efeito de que os padrões de avaliação e resposta automática, potencialmente prejudiciais se tornem menos pronunciados (Teper e Inzlicht , 2013).

Outra diferença notável foi o comando do uso dos exercícios respiratórios. No caso do grupo de *mindfulness* a recomendação foi de respirar “com” a experiência, enquanto que no grupo de relaxamento a instrução era de respirar “para” se livrar da experiência desconfortável. Essa diferença sutil na instrução para todas as práticas em cada um dos grupos, possivelmente foi promotora da diferenciação nos resultados de mudança na faceta não reagir. Considerando a importância de não reagir a partir da experiência interna, para o ambiente de trabalho, esse resultado,

considerando a sua correlação com todas as dimensões do *Burnout*, expostas na tabela 8, é imprescindível para manter um bom clima no trabalho com as equipes, usuários e para o manejo de todos os desconfortos referidos pelos profissionais da APS. Essa foi a faceta com a média mais baixa na linha de base do estudo, evidenciando que o treinamento de *mindfulness* obteve um bom resultado nesse desfecho (tabela 12).

Outra evidência que contribuiu para identificar diferenças nas distintas intervenções foi a faceta de não julgar, na qual se observou mudanças significativas para G1, superiores a G2 e G3, o que envolve a habilidade de aceitar as emoções e pensamentos presentes tal como são sem categorizá-los como bons ou ruins, independente das sensações geradas. Na IBR as instruções às práticas eram dadas de modo a não aceitar, especialmente o desconforto, mas sim, de categorizá-lo e julgá-lo para poder fazer algo concretamente para amenizá-lo, ao passo que a instrução para o grupo de *mindfulness* aconteceu como um convite para aprender a olhar abertamente a transitoriedade das sensações, emoções e pensamentos, tal como se manifestam. Considerando esse dado e a sua correlação com as dimensões do *Burnout*, conforme a tabela 8, essa faceta contribui para amenizar o sofrimento nas situações desafiadoras de trabalho. Malinowski e Lim (2015) identificaram que a faceta não reagir e não julgar são habilidades positivas para o ambiente de trabalho.

O G1 foi superior a G3 na faceta observar e descrever, diferentemente de Manotas et al. (2014) que apresentou resultados significativos apenas na faceta observar, comparando a IBM com uma lista de espera, mas similar ao estudo de Josefsson et al. (2012) que compararam três grupos, com intervenções de mesma dose de 4 semanas. Este estudo obteve resultados distintos em relação ao relaxamento, enquanto os pesquisadores não evidenciaram nenhuma diferença significativa entre *mindfulness* e relaxamento. Podemos refletir, tal como estes autores, que é fundamental diferenciar claramente a escolha dos exercícios propostos aos diferentes grupos envolvidos em pesquisas. No estudo de Josefsson et al (2012), o grupo de relaxamento submeteu-se exclusivamente a um exercício que consistiu em “trazer consciência corporal para cada parte do corpo e relaxá-las”, muito semelhante a prática do escaneamento corporal. Isso nos convida a refletir sobre a importância de desenhar intervenções que realmente controlem as variáveis

que são exclusivas das IBM e das IBR, para que não se corra o risco de misturá-las ou até desenvolvê-las de modo incorreto. Profissionais e pesquisadores bem formados e com experiência em ambas as abordagens precisam ter claras essas diferenças, se não, corre-se o risco de não se promover, inclusive, os benefícios desejados aos clientes ou se confundir *mindfulness*, meditação e relaxamento, como se tudo se constituísse de um mesmo fenômeno.

O relaxamento pode elevar o estado de *mindfulness* e o escaneamento corporal pode levar ao relaxamento, mas como efeitos secundários, não como objetivos específicos em cada uma das distintas técnicas. No escaneamento corporal o sujeito é convidado a notar as suas sensações sem reagir a elas e no caso do relaxamento, o convite é para tentar relaxar, suavizar o desconforto das sensações, diretamente.

A faceta observar e descrever não apresentaram diferenças entre o G1 e G2 possivelmente porque todos os exercícios, em ambas as intervenções propostas, chamavam a atenção do participante para o corpo. No entanto, por gerar a oportunidade ao grupo de relaxamento contar o que haviam observado e sentido durante as práticas, tal como se faz nas IBM, pode ter estimulado a faceta descrever no G2. Seria interessante, em estudos futuros, não abrir um espaço para a expressão da experiência pós-práticas de relaxamento, para que seja possível controlar melhor a faceta descrever, dessa forma, também contribuindo para aprimorar a discriminação das IBM para os relaxamentos.

Apenas a faceta “agir com consciência” não apresentou mudanças nos três grupos. Lembrando que essa faceta representa estar atento às atividades, não as realizando de modo automatizado. Em estudos semelhantes com comparação entre grupos (Josefsson et al, 2012; Manotas et al., 2014) também não foram evidenciadas mudanças nessa faceta. Embora não significativa a diferença, o grupo de lista de espera nesse estudo, demonstrou uma queda nos escores da média dessa faceta no pós-teste, enquanto G1 e G2 melhoraram, de forma igual (tabela 11). Foi observado nesses grupos que os participantes tomavam consciência do quanto a mente se distraía durante as práticas propostas em ambos os grupos e nas suas vidas diárias e do quanto passavam momentos de seu dia em estado de piloto automático. No entanto, nos relatos qualitativos do grupo de *mindfulness*, essa

habilidade de estar mais consciente e presente nas ações do dia a dia apareceu com maior prevalência.

Cabe destacar que depois de aprendermos qualquer tarefa nosso comportamento a automatiza, sendo natural que à medida que nos habituamos a um determinado estímulo, gradualmente ele vai recebendo cada vez menos atenção e ainda assim conseguimos desempenhar tarefas adequadamente. Mas conforme a tabela 11 esta faceta apresentou as média mais altas na FFMQ no pré-teste, possivelmente porque nessa amostra, provavelmente o próprio trabalho na saúde, que demanda uma atenção focada na execução de procedimentos de risco e atenção aos usuários para tomar as melhores decisões, promova escores mais elevados nessa faceta, por isso no pós-teste, embora tenha aumentado no G1 e G2, a diferença entre os grupos não tenha sido significativa, além do mais, a melhor forma de controlar a evolução dessa faceta é controlando as atividades de tema de casa e as práticas informais, o que não foi realizado nesse estudo (Manotas et al, 2012).

Neste estudo tanto a faceta observar, quanto a agir com consciência foram calculadas conforme os estudos internacionais, não seguindo o modelo de subdivisão desses itens, propostos por Barros et al. (2014) para que se pudesse comparar com estudos semelhantes. A faceta agir com consciência apresenta itens que correspondem a medidas diferentes de qualidades de atenção. A primeira delas é o agir no modo automático, que embora a pessoa mantenha um foco atencional específico, não há consciência na tarefa executada, como por exemplo amarrar os sapatos e a segunda, seria agir distraidamente, nesse caso o sujeito está sob a operação da atenção vigilante, sem um foco específico, devaneando, até que um estímulo intenso o suficiente, chame novamente a sua atenção para um foco. De qualquer forma, ambas subdivisões implicam na mesma medida: o fato de não estar consciente do que se está fazendo.

Nesta pesquisa, na observação qualitativa, foi melhor identificado que os participantes passaram a reconhecer o quanto operam no modo automático quando envolvidos com uma tarefa e o quanto também se distraem, mesmo com a tentativa de sustentar a atenção em um foco ou especialmente quando não há um foco definido para sustentar a atenção. O ato de notar essa condição facilita com que se

redireciona e atenção para o foco atencional de interesse no momento. Parece contraditório, mas o fato de notar que a mente está distraída ou está no modo automático, tal como os relatos nos grupos focais, é por si só um benefício, especialmente se considerarmos o ambiente de trabalho e atendimento aos usuários, tendo em vista que monitorar o comportamento da mente passa a ser fundamental para a execução de tarefas que envolvam riscos. Para ilustrar é válido lembrar, conforme supracitado que esta faceta se correlacionou com todas as dimensões do *Burnout* no pré-teste, conforme tabela 8. E esta faceta apresentou as médias mais altas no pré-teste, possivelmente porque o próprio trabalho já estimule uma atenção mais focada nas tarefas laborais (Manotas et al, 2012).

5.4.3. Descentramento e Ruminação

Com o objetivo de esclarecer ainda mais os mecanismos que definem a Escala de Experiências, em processo de validação paralelamente a esse estudo, foram analisadas as correlações entre as subescalas ruminação e descentramento na linha de base. A relação que os resultados permitem fazer é de que quanto maior a capacidade de observar os pensamentos (*mindfulness*) e não reagir a eles, mais percebida a presença de ruminação, o que parece justificar a “piora” dos escores no G1, comparando as médias no pré e pós-teste.

A subescala ruminação pode não estar medindo adequadamente a mudança favorável na ruminação cognitiva, não traduzindo, assim, os benefícios da IBM de maneira adequada. Ao analisar o resultado isoladamente pode parecer que o grupo de *mindfulness* aumentou a ruminação cognitiva, ao passo que na verdade, apenas tomou mais consciência do quanto rumina cognitivamente. Tal informação pode explicar também a ausência de diferenças entre os grupos no pós-teste, etapa em que G2 e G3, inclusive, diminuíram a ruminação cognitiva, talvez por falta de consciência deste processamento mental. E na subescala fixação, na tabela 11, G1 apresentou diminuição dos seus escores, o que denota que conseguiram desengajar de pensamentos, comprovado, inclusive, na mudança após intervenção, na tabela 12, mesmo que marginalmente. Estes são resultados contrários ao estudo de Jain et al (2007), que ao utilizar outra escala, validada, que avalia ruminação cognitiva

concluíram que a eficácia da intervenção *mindfulness* foi parcialmente mediada através da redução de pensamentos ruminativos.

Outro resultado corroborado pela literatura foi o fato de que quanto menores os escores de não julgar, maiores os escores de ruminação e afeto negativo. Já a subescala descentramento, positivamente correlacionada, conforme esperado, com todas as facetas e subescalas positivas das demais escalas do estudo, de acordo com as discussões a respeito desse constructo (Feldman, Greeson e Senville, 2010).

O descentramento está correlacionado positivamente com todas as facetas do FFMQ e as subescalas positivas da autocompaixão e afeto positivo, conforme tabela 9. Um estudo recente demonstrou que a não reatividade funciona como um moderador do efeito indireto de observar os sintomas de ansiedade e ruminação de pensamentos, ampliando assim a utilização de estratégias mais adaptativas de regulação emocional e diminuindo estratégias mal adaptativas, como a supressão. Os efeitos indiretos de observar emoções e pensamentos desconfortáveis foram mais fortes à medida que a não reatividade também aumentava (Curtiss, Klemanski, Andrews, Ito, Hofmann, 2017). As correlações de descentramento e ruminação e afeto encontradas neste estudo conferem com estudos anteriores (Lancaster, Klein e Knightly, 2016).

O G1 foi superior a G3 na mudança do descentramento, o que garante aos profissionais da APS a habilidade de observar os próprios pensamentos e emoções objetivamente, como eventos temporários e humanos; e não como verdades absolutas (Fresco, Segal, Buis e Kennedy, 2007). A literatura aposta que o descentramento é uma habilidade desenvolvida pelo treinamento de *mindfulness* (Shapiro et al., 2006; Lebois, Papies, Gopinath, Cabanban, Quigley et al., 2015). No entanto, o G1 e o G2 não apresentaram diferenças significativas tal como o estudo de Josefsson, Lindwall e Broberg (2012). Essa habilidade é muito importante para o manejo de estresse dos profissionais da APS, tendo em vista que a possibilidade de desengajar de uma avaliação inicial estressora, na qual os pensamentos sobre o estressor são avaliados com mais perspectiva e menos reações automáticas, permitem uma avaliação mais equilibrada dos eventos e

possibilidades mais habilidosas de como se comportar no meio (Garland, Gaylord e Fredrickson, 2011).

Embora a literatura considere o descentramento como um constructo à parte (Fresco, Moore, van Dulmen, Segal, Ma, Teasdale, et al., 2007). *Mindfulness* e o descentramento conforme medidos pelo FFMQ, na faceta não-reagir estão extremamente sobrepostos, conforme as correlações na linha de base deste estudo, embora também tenha se correlacionado com as demais facetas do FFMQ, afinal, as pessoas que apresentam níveis mais altos de *mindfulness* tendem a ter uma habilidade inerente de observar os seus pensamentos com descentramento, sem se prender ou reagir a eles (Shoham, Goldstein, Oren, Spivak e Bernstein, 2017). Esses resultados contribuem com a literatura que reflete se seria o *mindfulness* e ou o descentramento os mecanismos ativos que explicam os benefícios relacionados à saúde provenientes das IBM ou se é um efeito do treinamento de *mindfulness* ou se o descentramento pode ser entendido como parte do constructo geral de *mindfulness* (Carmody, Baer, Lykins e Olendzki., 2009). Neste estudo, parece ser possível afirmar que a IBM promoveu maiores escores de mudança no descentramento no G1 (tabela 12).

Diferentemente do estudo de Feldman et al. (2010) que comparou a prática de *mindfulness* na respiração com o relaxamento muscular progressivo e a prática de compaixão, foi possível notar, dada a restrição de técnicas e o melhor controle de seus mecanismos, que o descentramento foi significativamente melhor no grupo que praticou o *mindfulness* na respiração. Assim como Lancaster et al. (2016), que embora tenham encontrado maiores escores de descentramento no grupo de *mindfulness*, comparado ao relaxamento, se utilizaram de tarefas eliciadoras de relaxamento muito distintas desta pesquisa. Por isso, nessa área de pesquisa referente a este conceito ainda há muito a esclarecer.

No caso deste estudo, que envolveu um repertório mais amplo de práticas em ambos os grupos, estes fenômenos são melhor identificados nos relatos qualitativos, pós-intervenção, indicando que houve um aprendizado promotor da habilidade de perceber as experiências presentes, não as evitando ou suprimindo, de se relacionar de uma nova maneira, evitando a proliferação de pensamentos negativos e do estresse, especialmente no G1, porque esse mecanismo foi

diretamente explícito e estimulado. No entanto é possível que os participantes do G2, ao serem submetidos a pelo menos quatro distintas práticas de relaxamento (respiração diafragmática, alongamentos, visualização e RMP) possam ter tido a oportunidade de incrementar seus níveis de descentramento, especialmente porque os escores de observação e descrever (FFMQ) demonstram mesmo efeito em G1 e G2. Portanto, para identificar com clareza os aspectos que interferem no descentramento seriam interessantes estudos como os de Feldman et al. (2010).

5.4.4. Autocompaixão

A IBM obteve resultados superiores aos dois grupos controles no total de autocompaixão e especialmente na subescala bondade. A mudança na autocompaixão foi o resultado mais forte neste estudo para a redução do estresse no trabalho, tanto nos dados quantitativos, quanto nos dados qualitativos, evidenciando que a autocompaixão é um mecanismo central nas IBM (Keng, Smoski, Robins, Ekblad, Brantley, 2012).

Altos níveis de autocompaixão estão relacionados a menos sintomas da SB (Beaumont, Durkin, Hollins Martin e Carson, 2015; Durkin, Beaumont, Martin, Carson, 2016), além da evidência de que as medidas de autocompaixão estão diretamente ligadas ao afeto positivo e ao bem-estar psicológico (Neff e Kirkpatrick, 2007; Satıcı, Uysal e Akin, 2013; Germer e Neff, 2013). Esse dado é muito importante para que se possa direcionar as IBM nessas amostras destacando a necessidade de enfatizar o treinamento em autocompaixão, afinal, crescentes evidências apontam que desenvolver a compaixão pelo próprio sofrimento pode aliviar o estresse, o esgotamento e aumentar a resiliência (Neff e Germer, 2013), diminuir os sentimentos de defensividade e as ruminações (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, Hancock, 2007).

A bondade consigo mesmo, um dos elementos centrais do conceito de autocompaixão apresentou escores de mudanças superiores pós IBM. A bondade significa se permitir ser tocado pelo próprio sofrimento, com o desejo de aliviar o sofrimento com compreensão, ao invés de ser severamente crítico e repreender-se por não ser suficientemente bom. Ao eu é oferecido calor e aceitação incondicional,

mesmo que alguns comportamentos específicos possam ser identificados como improdutivos e com necessidade de mudança. Ao perceber algum aspecto de desagrado na personalidade, na prática, por exemplo, o tom da voz usado para reconhecer a falha é amável e solidário. Da mesma forma, quando as circunstâncias da vida são estressantes, em vez de tentar imediatamente controlar ou resolver o problema, uma resposta autocompasiva pode implicar em uma pausa, primeiramente, para se oferecer suavidade e conforto ao eu (Neff, 2003a).

Conforme Gilbert e Irons (2005), a bondade envolve estender o perdão, a empatia, a sensibilidade, o calor e a paciência a todos os aspectos de si mesmo, incluindo todas as ações, sentimentos, pensamentos e impulsos de uma pessoa. Portanto, tornar-se mais gentil consigo mesmo demanda tornar-se consciente do julgamento e seu impacto nocivo. Por consequência, as vantagens para os profissionais da APS em relação ao desenvolvimento da bondade é o benefício do alívio do criticismo, culpa, vergonha, sentimentos de impotência, comuns a essa população e por consequência a redução da sintomatologia da SB e do estresse, em concordância com os estudos de Bazarko et al. (2013), Shapiro et al. (2007) e Shapiro et al. (2005).

O oposto da bondade, o julgamento, também obteve efeitos similares e significativos para ambos os grupos de intervenções, possivelmente por experiências e mecanismos psicológicos distintos envolvidos em cada uma das intervenções a que se submeteram. Os participantes obtiveram uma mudança na forma de olhar para si mesmos, para as suas dores e falhas, ao se dar conta de que o padrão de reação ao seu sofrimento, envolvido por culpa, condenação e crítica, muitas vezes natural para eles, é uma forma perpetuadora de sofrimento.

Comparando os grupos G1 e G2, houve maiores benefícios no julgamento para o G1, porque além da redução desse aspecto, obtiveram um aumento da bondade, especialmente porque foram ensinados a como fazer isso por si mesmos. Já no grupo de relaxamento, houve apenas redução no julgamento, possivelmente graças a experiência de fatores inespecíficos da conduta da pesquisadora e de estar em grupo e compartilhar o seu sofrimento comum entre pares, identificando que não está sozinho nas vivências íntimas e dolorosas de trabalho, confirmados pela redução no sentimento de isolamento. Gilbert e Irons (2005) apontam que parte de

tornar-se mais gentil consigo mesmo demanda tornar-se consciente do próprio julgamento e seu impacto nocivo. Cabe refletir que seria um processo o desenvolvimento de autobondade, que em um primeiro momento demanda notar o julgamento e suavizá-lo e em um contínuo, desenvolver as estratégias necessárias para o alcance da autobondade.

Maben, Cornwell e Sweeney (2010) destacou que os enfermeiros no início de suas carreiras desejam fornecer cuidados baseados em evidências de alta qualidade. No entanto, passados em média dois anos, em condições de trabalho como as da APS, os enfermeiros relataram sentimentos de frustração, culpa e *burnout*. Tais evidências suportam a ideia de que ensinar aos profissionais da APS as habilidades de compaixão poderia potencialmente reduzir pensamentos e afetos negativos, especialmente porque experimentar sintomas de *burnout* foi correlacionado ao julgamento nessa amostra. Os profissionais que se julgam severamente podem sentir-se consumidos pela crítica, vergonha e culpa, o que por sua vez afeta seu bem-estar (Neff, 2003a).

As altas demandas de trabalho, cobrança por performance e humanização na APS, tem ignorado a saúde do trabalhador, que por mais que se dedique as suas metas encontra barreiras para a resolução de grande parte de seu trabalho. Quando consideramos os fatores do *Burnout* e de estresse no trabalho sob a perspectiva da teoria de Paul Gilbert, em muitas circunstâncias o sistema de ameaça (luta e fuga) de um profissional da saúde pode estar em constante estado de ativação, o que dificulta sua capacidade de sentir compaixão (Gilbert, 2009). Por isso é essencial gerar espaços de cuidado e prevenção da saúde para os trabalhadores da APS tal como sugerem Gustin e Wagner (2013) para que possam enfrentar sua própria vulnerabilidade e serem sensíveis, sem julgamentos e respeitosos com eles mesmo a fim de proporcionar assistência compassiva aos outros, especialmente porque a compaixão aumenta a capacidade de resiliência e o bem-estar psicológico transformando as experiências dolorosas em compreensão. E isso significa que a compaixão pode se tornar uma habilidade poderosa para a resiliência no que tange a resistir e enfrentar o sofrimento (Gilbert & Choden, 2014; Klimecki et al., 2013), habilidade especialmente importante para o contexto do trabalhador da APS, que constantemente se encontra em contato com desafios.

A fim de ilustrar os aspectos que possam ter promovido determinadas mudanças, cabe notificar que o modelo de oito semanas de *Mindfulness* for Stress, da Breathworks também se embasa na teoria de Paul Gilbert que desenvolveu uma abordagem terapêutica para melhorar a autocompaixão chamada de Terapia focada na Compaixão (Gilbert, 2010). Gilbert e Procter (2006) observam que os pacientes de terapia geralmente podem identificar seus padrões de pensamento maladaptativos ("Eu não sou amável") e fornecer auto-declarações alternativas ("Eu sei com certeza que algumas pessoas me amam"), mas eles não necessariamente encontram o processo emocionalmente reconfortante. Portanto, o objetivo desta terapia é ajudar os pacientes a desenvolver uma sensação de calor e capacidade de resposta emocional em relação a si mesmos à medida que se envolvem no processo terapêutico.

Por essas razões teóricas supracitadas, Germer e Neff (2013) desenvolveram um programa para aumentar a autocompaixão, chamado *Mindful Self-Compassion* (MSC), aplicável ao público em geral e a algumas populações clínicas. O termo "mindful" está incluído no nome do programa MSC porque ensina habilidades básicas de *mindfulness*, cruciais para a capacidade de se desenvolver autocompaixão. A estrutura do MSC é modelada no MBSR, com participantes reunidos por duas a duas horas e meia, uma vez por semana ao longo de 8 semanas além de um retiro de meditação de um turno. O MSC ensina práticas formais e informais de autocompaixão.

A Breathworks (Burch e Penman, 2013), inspirada nesses modelos e vertentes teóricas, incluiu em seu protocolo de oito encontros para redução de estresse, uma ênfase importante à autocompaixão, utilizando um sinônimo, denominado autogentileza, que permeia todo o programa e por isso, possivelmente os resultados mais fortes no estudo tenham sido nesse desfecho.

Assim como o protocolo de MSC, no modelo da Breathworks, são utilizados exercícios experienciais e períodos de discussão em cada sessão, além das atribuições de tarefas domésticas para ajudar os participantes a aprender como ser gentis consigo mesmos, com o objetivo de proporcionar aos participantes uma variedade de ferramentas para aumentar a autogentileza de acordo com o que funciona melhor para si. O programa também ensina habilidades gerais de bondade

amorosa e atitudes amigáveis oferecidas a si mesmo em situações cotidianas, especialmente compreendendo que a compaixão é um componente relevante para situações que envolvem a dor física ou emocional. Os participantes da intervenção são enfaticamente levados a refletir sobre o quanto resistir a dor e se julgar quando as coisas não correm bem, tende a exacerbar a dor emocional, enquanto a autocompaixão ajuda a aliviar essa dor.

Inspirada no protocolo MSC, as práticas sugeridas no modelo da Breathworks são um convite a realizar exercícios interpessoais para gerar uma experiência de notar e compartilhar em pequenos grupos a linguagem que eles usam quando criticam a si mesmos e discutem como usar linguagem mais gentil e mais favorável à sua saúde.

As práticas informais ensinadas no MSC, envolvem gestos como colocar as mãos no coração, autoabraço ou qualquer toque carinhoso na direção de si mesmo em momentos de estresse ou repetir um conjunto de frases que tenham sentido e sirvam de apoio na vida diária ou ainda o uso de imagens ou da respiração como uma fonte de autocarinho, reabastecimento das energias, escrever uma carta para si mesmo, etc. As práticas formais envolvem áudios com práticas de autocompaixão, compaixão por pessoas queridas e por quaisquer pessoas que desejar incluir, inspiradas na mettabhavana (meditação da compaixão) (Burch e Penman, 2013).

Não houve efeito significativo na subescala senso de humanidade em nenhum dos grupos. Para Neff (2003a), o senso de humanidade implica o reconhecimento de que todos os seres humanos são imperfeitos, que todas as pessoas falham, cometem erros e tem sérios desafios de vida. A autocompaixão conecta a própria condição defeituosa à condição humana compartilhada por todos seres, de modo que as características do eu são consideradas de uma perspectiva ampla e inclusiva.

Neste estudo, ao compararmos as médias do pré e pós-teste, é possível perceber que houve um aumento nos escores do G1, o G2 se manteve com a mesma média e o G3 piorou. Logo, é possível notar que a IBM foi eficaz nessa dimensão da escala, servindo como mais um parâmetro de destaque do que é exclusivamente esperado pós-intervenção de *mindfulness*, ao dar ênfase a essas dimensões da autocompaixão, ao passo que na intervenção focada apenas em

relaxamento essa habilidade não é trabalhada. Por outro lado, na subescala isolamento, em ambos os grupos, G1 e G2 a mudança foi significativa (tabela 12), o que implica na redução do se sentir isolado e solitário em seu sofrimento, especialmente porque estar em grupo de iguais, permite vivenciar esta experiência.

O grupo de relaxamento obtém redução nas dimensões negativas da escala de autocompaixão e não muda, não aumenta em potenciais positivos (bondade, senso de humanidade e *mindfulness*). Para Neff (2003a) no isolamento, as pessoas percebem algo sobre elas ou suas vidas de que não gostam e sentem que isso não deveria estar acontecendo, que algo deu errado. Quando as falhas e os desapontamentos são experimentados como uma aberração não compartilhada pelo resto da humanidade, as pessoas podem se sentir isoladas dos outros que presumivelmente levam vidas mais felizes e normais. Em momentos de dor ou de frustração sentem-se isoladas dos outros, acreditando que eles mesmos, seus fracassos ou suas emoções são vergonhosas e por isso freqüentemente se retiram, escondem seus "verdadeiros eus" e sentem que eles sozinhos lutam com insuficiências ou fracassos particulares.

O constructo do isolamento é muito dependente das expectativas sociais do indivíduo quanto ao que é ser perfeito (Raes, Pommier, Neff, Gucht, 2011). Especialmente nesta amostra, a autocobrança reforçada pelas pressões externas do trabalho, perpetuam uma sensação de isolamento, quando não oferecidas condições de cuidado à saúde mental dos trabalhadores da APS. Por isso identificar técnicas para aliviar significativamente a sensação de isolamento e promover a compaixão por si mesmo em meio à imperfeição é fundamental para aumentar o bem-estar dos profissionais da APS. Os resultados estendem achados anteriores que mostraram que o aumento da autocompaixão estava associado à diminuição do sentimento de isolamento (Neff, Kirkpatrick e Rude, 2007; Costa e Pinto-Gouveia, 2011).

Benzo, Kirsch e Nelson (2017) também encontraram resultados semelhantes na subescala isolamento tal como o presente estudo. A autocompaixão foi associada com o bem-estar, especialmente no isolamento e *mindfulness*, representando 95% do efeito de compaixão sobre o bem-estar em 400 trabalhadores da saúde em um centro médico. Esses resultados podem ter implicações práticas, fornecendo componentes específicos de autocompaixão para serem direcionados em futuros

programas voltados para melhorar o *Burnout* e o bem-estar dos profissionais da APS. Esse estudo também corrobora os resultados de Olson e Kemper (2014) ao identificar uma relação forte entre os aspectos da autocompaixão (*mindfulness* e isolamento) com a felicidade percebida pelos trabalhadores da área de saúde.

O constructo de *mindfulness* na escala de autocompaixão envolve estar consciente das experiências dolorosas de uma maneira equilibrada, sem ignorar nem ruminar sobre os aspectos não-apreciados em si mesmo ou da própria vida. É necessário estar conscientemente aberto ao sofrimento pessoal para poder ampliar a compaixão em relação ao eu. Ao mesmo tempo, é importante prestar atenção no aspecto que conduz ao sofrimento, um processo que a Neff (2003a) chamou de "superidentificação" (fixação). *Mindfulness* envolve observar e rotular pensamentos e emoções ao invés de reagir a eles e inclui não apenas a atenção cognitiva, mas também um interesse afetuoso e amigável na experiência atual (Kabat-Zinn, 2003).

O estado de *mindfulness* pode ser frustrado por duas alternativas opostas: superidentificação e evitação. *Mindfulness* resiste a ambos e pode ser visto como um meio termo entre eles. A super-identificação envolve ruminar sobre as próprias limitações e resulta em uma visão de túnel que impede a experiência profunda do momento presente (Gilbert & Procter, 2006; Neff e Vonk, 2009) perpetuando o sofrimento no trabalho. As pessoas que tendem a se superidentificar com os pensamentos podem ampliar o significado das falhas (Shapiro et al., 2007).

Nesses dois domínios, os resultados foram significativos na comparação do grupo de *mindfulness* com a lista de espera. Estes resultados concordam estudos anteriores, sugerindo que estar consciente das emoções e pensamentos através das práticas de *mindfulness* tem o potencial de diminuir o estresse e aumentar a empatia e a compaixão nos profissionais de saúde (Raab, 2014).

É intrigante ressaltar que o objetivo de reportar o tamanho de efeito é apenas para auxiliar o leitor dos dados a entender melhor a importância do resultado que foi obtido no estudo. Costuma-se considerar, estatisticamente, que quanto maior o tamanho de efeito, maior é o impacto que a variável central do experimento está causando e mais importante se torna o fato dela ter uma contribuição para a questão que está sendo analisada, desta forma, em relação

ao valor obtido no cálculo do tamanho de efeito, podemos entendê-lo como uma probabilidade.

Cabe uma reflexão importante em relação aos estudos clínicos, já que considerar exclusivamente o valor do tamanho de efeito é uma questão amplamente discutida na literatura, porque não foi obtido um consenso em relação ao que pode ser considerado um tamanho grande e o que pode ser considerado um tamanho pequeno de efeitos porque os valores podem variar conforme a área de estudo.

Para Glass (1981), o tamanho de efeito não deve ser classificado em termos numéricos, mas sim dependente dos benefícios que podem ser alcançados a determinado custo. Considerando este ponto de vista e o presente estudo, devemos analisar os custos e benefícios de ambas as intervenções propostas para a sintomatologia de SB nesta amostra em meio a este contexto. Sendo assim se os custos de uma determinada intervenção foram baixos e os benefícios altos, um efeito numericamente baixo pode ter muita significância prática. Por outro lado, um efeito matemático alto pode não ter significância prática se os custos da intervenção forem demasiadamente altos. Cabe ao pesquisador analisar em qual dos métodos seus resultados se enquadram de maneira mais adequada.

A mesma postura crítica, neste estudo, é adotada em relação ao poder estatístico de uma determinada análise. A convenção, normalmente, diz que poder estatístico é calculado quando um resultado não é estatisticamente significativo. Mas cabe destacar que o alfa de 5% e poder estatístico de 80% são convenções sociais, lembrando que existem dezenas de fórmulas diferentes para cálculo de amostra, dependentes do tipo de análise que iremos realizar, e estes dois parâmetros são apenas os mais comuns (Pietrobon, 2014).

Se considerarmos que as intervenções de mindfulness têm um alto custo, porque demandam uma longa formação profissional e são em número de oito, no caso deste estudo, é preciso debater sobre qual variável o efeito esperado é mais interessante para cada organização que contrata estes serviços testados nesta pesquisa. Se o efeito é exclusivamente sobre a sintomatologia da SB,

podemos considerar que a intervenção de relaxamento apresenta melhor custo-benefício, por exemplo, nas dimensões desta síndrome. Mas temos que considerar que as medidas de autocompaixão e descentramento, conceito centrais dentro da IBM, sustentam os benefícios da redução da sintomatologia da SB e seria necessário avaliar longitudinalmente ambas intervenções ou incluir em maior dose na intervenção de relaxamento os aspectos notáveis da IBM como potenciais benefícios, para garantir ainda mais um melhor custo benefício.

6. ESTUDO QUALITATIVO

A investigação qualitativa é importante para facilitar uma visão mais aprofundada das experiências dessa população específica em estudo, para que assim, futuramente, se possa ajustar as IBM conforme as suas demandas.

Uma meta-síntese qualitativa demonstrou que os achados quantitativos de eficácia para uma intervenção e os processos subjacentes podem ser enriquecidos com as interpretações em torno do significado atribuído à medida quantitativa, por exemplo, identificando como as experiências sintetizadas de participantes de intervenções baseadas em *mindfulness* proporcionam insights, buscando gerar um modelo de intervenção mais ajustado as suas necessidades (Malpass, Carel, Ridd, Shaw, Kessler, Sharp et al., 2011).

6.1 Amostra

Todos os participantes das intervenções, exceto os residentes, foram convidados para compor o grupo focal. O grupo focal compõe-se de discussão semi-estruturada com grupo de 4 a no máximo 12 pessoas e tem o objetivo de explorar temas específicos. A entrevistadora, que foi a pesquisadora, autora da tese, começa com questões abertas em relação ao tema e depois foca nas questões mais específicas. Os participantes respondem individualmente às questões, mas são estimulados a conversar e interagir entre eles. Essa técnica é elaborada no fundamento de que a interação encoraja os respondentes a explorar e esclarecer perspectivas individuais e coletivas. Os grupos focais geralmente são utilizados

para explorar pontos de vista a respeito de temas sobre saúde, programas de intervenções e pesquisa, tal como a proposta deste estudo.

No grupo de *Mindfulness* (G1), 47 trabalhadores da APS participaram da entrevista, que foi gravada, no pré-teste e no pós-teste 40 pessoas. No grupo de Relaxamento (G2), 35 participantes compareceram no grupo focal pré-teste e 30, no pós-teste.

Para o fechamento amostral não foi utilizado um critério de saturação nas entrevistas porque optou-se por ouvir, como parte dos protocolos de intervenção, todos os participantes. No entanto, foi alcançada a saturação dos temas tendo em vista a riqueza de conteúdos que permitiu ao estudo uma consistência devido a elevada quantidade de repetição de respostas que favoreceram chegar ao entendimento dos fenômenos investigados.

6.2. Método: Análise Temática

Foram realizados 20 grupos focais, com quatro grupos de relaxamento e seis grupos de *mindfulness*. Sobre esse conjunto de dados (corpus), a metodologia utilizada foi a análise temática.

As abordagens qualitativas são diversas, complexas e cheias de nuances e a análise temática, conforme ressalta Holloway e Torres (2003) deveria ser o primeiro método qualitativo de análise que os pesquisadores deveriam aprender já que proporciona habilidades fundamentais para conduzir muitas outras formas de análises qualitativas, afinal, “tematizar significados” é uma das habilidades genéricas dos métodos qualitativos.

A análise temática (AT) apresenta diversas vantagens em relação a outros métodos qualitativos. A escolha da análise temática se justifica pela sua flexibilidade e independência de teorias permitindo ser aplicada, ao mesmo tempo, a uma vasta gama de abordagens teóricas. É um método relativamente rápido e de fácil compreensão, facilitando que os resultados sejam, geralmente, acessíveis ao público geral, além de ser um método útil para trabalhar dentro do paradigma de pesquisa participativa porque ao ter os participantes como colaboradores, consegue

resumir de forma útil as principais características de um grande conjunto de dados e ainda oferecer uma descrição robusta dos mesmos. Este método também consegue destacar semelhanças e diferenças em todo o conjunto de dados, além de poder gerar ideias inesperadas, permitir interpretações sociais e psicológicas dos dados e ser útil para produzir análises adequadas para contribuir no desenvolvimento de políticas (Braun e Clarke, 2006).

A AT apresenta uma sucessão das etapas bem definidas, a fim de tornar claro o processo, bem como convida os pesquisadores a explicitarem o que, como e o porquê das decisões tomadas nas etapas da análise dos dados, algo que nem sempre é explícito na descrição dos métodos qualitativos empregados nas pesquisas, o que inviabiliza a replicação, já que comumente apenas se encontra colocações como “os dados emergiram ou surgiram do corpus” ou os dados surgiram ao “dar voz aos sujeitos”. Essas colocações inadequadas fazem o leitor pensar que a composição dos dados se dá a partir de desconhecidos fragmentos de narrativas, que são selecionadas, editadas e se desenvolvem para limitar e amparar os argumentos dos pesquisadores, o que contribui para empobrecer o campo de estudo qualitativo.

A AT nos estimula a demonstrar as etapas seguidas no processo: o como, a partir de qual seleção e de quais questões, já que tal colocação passiva anula o processo ativo do pesquisador que trata os dados identificando padrões, temas, seleciona o que é interessante e reporta aos leitores. Afinal, existe um trabalho intenso de leituras e outras etapas sucessivas e o importante é que a teoria e o método correspondam ao fenômeno que o pesquisador deseja saber, explicitando suas decisões (Braun e Clarke, 2006).

Esta análise é um método para identificar, analisar e reportar padrões, chamados de temas, em meio ao conjunto de dados. Essa análise organiza e descreve o “*data set*” (conjunto dos dados selecionados para análise) em riqueza de detalhes. Embora vá ainda mais longe e interpreta vários aspectos dos tópicos da pesquisa. Existem etapas de extração dos dados. O data corpus refere-se ao conjunto de todo o material coletado, e desse total, soma-se um tempo de 210 minutos no grupo de *mindfulness* no momento de pré-intervenção e 275 minutos no

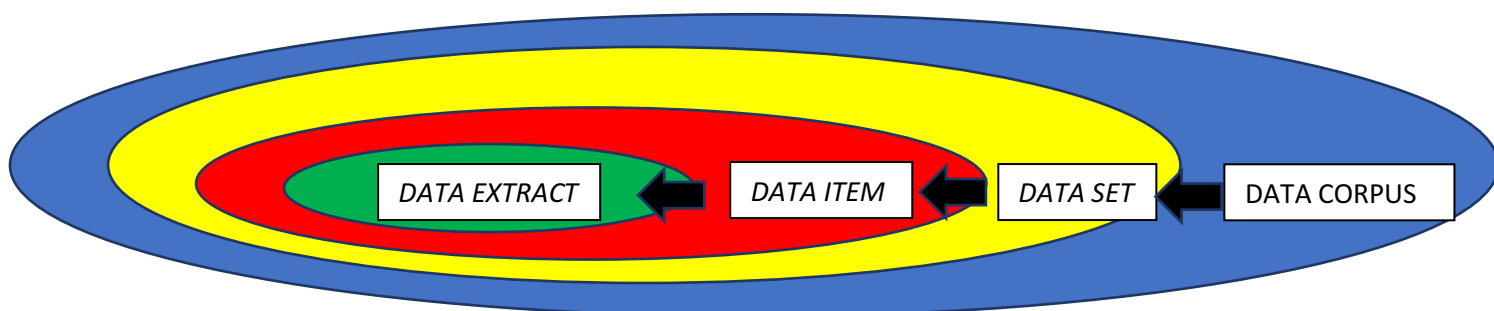
pós-teste. No grupo de relaxamento, 137 minutos no pré-teste e 94 minutos no pós-teste, conforme tabela 13.

Tabela 13: Grupos Focais de Mindfulness e Relaxamento e os tempos das gravações

	Mindfulness Pré	Mindfulness Pós	Relaxamento Pré	Relaxamento Pós
Grupo 1	1:12	1:18	34:20	16:08
Grupo 2	34:12	56:55	35:46	28:13
Grupo 3	28:49	40:00	35:29	24:53
Grupo 4	30:39	35:30	31:00	24:40
Grupo 5	20:16	32:48	-	-
Grupo 6	23:26	31:21	-	-
Total	210	275	137	94

A partir do *data corpus*, foi selecionado o “*data set*”, ou seja, o conteúdo que realmente contemplava as questões norteadoras da pesquisa. A partir do *data set* selecionou-se os “*data item*”, que nesse estudo são os trechos individuais, as falas dos sujeitos. A partir do *data item* foram selecionados os fragmentos mais objetivos entre as falas, que mereceram destaque, denominados de “*data extract*”, ou seja, a essência do que expressa o sujeito. Do *data item* muitos *data extracts* são retirados e depois é feita uma seleção desses dados para a análise final.

Com o objetivo de evidenciar o processo de refinamento dos dados, a figura ilustra o processo do macro (*data corpus*) para o micro (*data extract*), onde uma etapa está contida na outra.



A proposta de análise empregada foi: essencialista, indutiva e semântica. A abordagem essencialista garante uma boa alternativa para poder teorizar sobre motivações, experiências e significados de uma maneira direta, porque é assumida uma simples, e em grande parte, relação unidirecional entre o significado, a

experiência e a linguagem, considerando que a própria linguagem nos possibilita articular sentido à experiência, sendo compreendida em seu conteúdo explícito.

Na análise indutiva, os temas identificados foram relacionados com as questões norteadoras da pesquisa, porque os dados coletados provêm de grupos focais com perguntas abertas, embora previamente determinadas. Na análise indutiva não se utiliza uma teoria prévia para a partir dela olhar para os dados. Outra decisão tomada foi a de trabalhar os temas em um nível semântico (conteúdo explícito), no qual a postura da pesquisadora na identificação dos temas é através de um olhar ao que está explícito nos dados, já que a analista não está procurando por nada que esteja além do que o participante está dizendo (Braun e Clarke, 2006) o que condiz com a postura utilizada na própria intervenção de *mindfulness*: estar o mais aberto possível, sem julgar, sem elaborar cognitivamente a experiência manifesta pelo outro, exceto se há genuíno interesse de esclarecer o que ele diz, mas não de interpretá-lo. Especialmente no campo de pesquisa das IBM são escassos os estudos qualitativos com qualidade metodológica e estes são necessários para promover insights a respeito de populações específicas (Morgan et al., 2014).

As questões propostas nos grupos focais foram amplas, embora restritas ao eixo central baseado nos objetivos da pesquisa. Dessas questões, se desdobrou um escopo de dados (o *data corpus*) e para analisá-lo foram construídas novas questões para direcionar o olhar da analista com vistas ao fechamento dos temas. O que compõe um tema é algo que captura alguma coisa importante sobre os dados em relação à pergunta de pesquisa e representa algum nível de respostas padronizadas ou significados dentro do *data set*. O processo não foi linear, aconteceu com um movimento de avanço de uma frase para outra, mas com um constante vai e vem. A análise envolveu um constante ir e voltar ao *data set*, aos *data extracts* codificados, dos dados analisados. O quadro a seguir apresenta as etapas da análise temática desenvolvida nesse estudo.

Quadro 5: Etapas da Análise Temática e Descrição das Etapas

Etapas	Descrição
1º. Familiarização com os dados	Transcrição dos dados, leitura, releitura com anotações iniciais.
2º. Definição de códigos iniciais	Os trechos que contemplavam as questões de análise são destacados e nomeados (codificados).
3º Pesquisa dos temas	Refinamento dos códigos.
4º. Revisão dos Temas	Checagem dos temas em relação aos dados destacados. Criação de um mapa temático para entender as relações entre os temas. Inserção dos dados no programa Nvivo para facilitar a leitura de um juiz, organizar os dados e facilitar a definição final dos temas.
5º. Definição e denominação final dos temas	Descrição final dos temas propostos em concordância entre os juízes.
6º. Produção do artigo	Seleção final de exemplos de dados marcantes com relação às questões da pesquisa e à literatura.

Na primeira etapa da análise temática, todas as entrevistas foram gravadas pela pesquisadora. Depois foram transcritas por uma estudante de Psicologia, treinada para essa tarefa. Em seguida, as transcrições foram lidas enquanto a pesquisadora ouvia as entrevistas e conferia a transcrição realizada. As entrevistas não foram submetidas à correção dos participantes dos grupos focais e nem houve repetição de entrevistas. 5Todas as questões propostas nos grupos focais estão no anexo 11. Uma segunda leitura foi empregada de modo livre com destaques espontâneos. Na terceira releitura, as falas transcritas foram lidas a partir da ótica das questões norteadoras. No pré-teste: “O que dizem sobre o seu sofrimento no trabalho?”; “O que pensam sobre intervenções para a saúde dos trabalhadores da atenção primária”? E no pós-teste: “Qual o impacto da intervenção na saúde do trabalhador?” e por fim, “Qual a percepção sobre a intervenção?” Todos os trechos que contemplavam as questões foram destacados.

Na segunda etapa do método, na quarta leitura, foi realizada a codificação dos trechos mais relevantes, previamente destacados. Na terceira etapa, depois de realizada a primeira etapa da codificação dos temas, alguns temas foram unidos, recodificados; outros excluídos porque não contemplavam as questões do estudo ou

para manter a independência e a singularidade entre eles, alguns trechos de falas foram divididos porque estavam contemplando dois distintos temas.

Na quarta etapa da análise, uma nova releitura da codificação final foi realizada para verificar se a descrição codificação do tema, criada pela pesquisadora, condizia exatamente com as falas destacadas para compor claramente a proposta de temas aos juízes. A fim de favorecer a organização dos dados, foi desenhado um mapa mental dos temas. Depois, os dados foram importados para o programa NVivo, onde foram descritos e sugeridos nove temas no pré-teste e cinco temas, no pós-teste, para ambas as intervenções. O programa promove um levantamento da frequência das repetições, acerca dos trechos de falas referentes a cada tema em todas as entrevistas, possibilitando identificar os temas mais recorrentes no data corpus. Cabe destacar que todas as etapas foram orientadas e supervisionadas pela consultoria de uma juíza, professora, doutora em psicologia.

Para maximizar o rigor e garantir a confiabilidade desta análise, um segundo juiz, orientador da pesquisa, foi envolvido, exclusivamente, na etapa de revisão de 50% das entrevistas, para confirmar se os temas foram bem identificados e sugeridos pela pesquisadora em concordância com a consultora, para assim, evitar o viés da mesma e garantir validade e confiabilidade à análise e aos dados. Foi definida a leitura de 50% do material porque o ponto de saturação havia sido alcançado pela primeira avaliadora, não necessitando a leitura de todo data corpus. As entrevistas foram selecionadas tomando como critério: maior duração em tempo de gravação e maior número de participantes nos grupos focais.

Os autores, depois de confrontar as suas análises independentes, discutiram os temas propostos e chegaram a um consenso para a determinação final dos temas provenientes das entrevistas focais. Embora se tenha utilizado o programa organizador de dados NVivo, o índice de concordância das leituras e temas foi definido exclusivamente por debate e não por cálculo de concordância de análises entre os juízes. O método descrito por Braun e Clarke (2006) não inclui o cálculo do índice de concordância das análises entre os avaliadores (kappa), porque de acordo com esses autores: “o grau de concordância é sustentado pela suposição (realista) de que não existe uma realidade precisa nos dados que podem ser capturados através da codificação. Nossa abordagem, a AT, vê a codificação como

um processo flexível e orgânico e a codificação deve evoluir ao longo do processo de codificação. Entendemos a codificação como um processo ativo e reflexivo que inevitavelmente é inescapável à marca do pesquisador(s) "(Braun & Clarke, n.d.). E como tal, esse estágio do processo de codificação foi conduzido, majoritariamente, pela pesquisadora, com experiência clínica em *mindfulness* e em saúde pública, como psicóloga, sob conferência de um juiz, seu orientador.

Para o fechamento amostral não foi utilizado um critério de saturação prévio nas entrevistas porque optou-se por ouvir, porque era parte dos protocolos de intervenção, todos os participantes. No entanto, foi alcançada a saturação dos temas tendo em vista a riqueza de conteúdos que permitiu ao estudo uma consistência devido a elevada quantidade de repetição de respostas que favoreceram chegar ao entendimento dos fenômenos investigados.

6.3. Resultados e discussão do estudo qualitativo

Os entrevistados expressaram espontaneamente, em suas reflexões as principais características, desafios, carências e sofrimentos pertencentes a esse contexto de trabalho, no grupo focal na etapa pré-intervenção e as percepções sobre as vivências, nos grupos focais pós-intervenções. As questões propostas nos dois grupos, *mindfulness* e relaxamento, foram semelhantes, dessa forma, os temas identificados foram os mesmos em ambas as intervenções, o que contribui para que se comparasse as respostas dos sujeitos pertencentes aos distintos grupos. Foram identificados 9 temas no pré-teste e 5 temas no pós-teste, com alguns subtemas, conforme descritos nos quadros abaixo, que também traz as frequências de repetição dos temas no corpus.

Os principais temas identificados foram comparados à literatura e foram debatidos individualmente para construir uma imagem coerente das experiências gerais dos participantes com as intervenções. Os temas foram formulados a partir da identificação e da seleção de temas valorizados pelos próprios entrevistados e pelos autores, tendo em vista dos referenciais teóricos desse campo científico.

Quadro 6: Temas do Pré-Teste, definição do tema e suas respectivas frequências computadas no Grupo de *Mindfulness* (G1) e de Relaxamento (G2).

Temas no Pré-Teste	Definição do Tema	n G1	n G2
Sobrecarga	Condições externas de trabalho e do sistema de saúde que provocam uma sensação de sofrer muita exigência, cobrança, pressão, sobrecarga por parte de chefias, colegas e usuários na execução das tarefas. Exigência de resultados e produtividade em um cenário precário, mesmo quando carece de condições técnicas ou emocionais, sentindo impotência.	8	31
Sentimento de Injustiça	Sente que se dedica aos outros e ao trabalho e não tem como contrapartida o reconhecimento e o cuidado que necessita. Sente desrespeito e falta de empatia em momentos de vida que se encontra vulnerável. Refere situações de desigualdade na equipe em relação a colegas que ferem as regras do trabalho.	4	17
Manifestações do Estresse a) Físicas b) Psicológicas	Refere sentir e como sente o estresse, motivo pelo qual buscou a intervenção. Qualquer referência direta a um estado de sofrimento proveniente de associação com o trabalho. O estresse é manifesto por sintomas físicos ou psicológicos ou como um sintoma que é da coletividade.	80	47
Interferência do estresse na qualidade do trabalho	Referem que o sofrimento sentido interfere na qualidade da execução das tarefas do trabalho.	4	2
Conflitos na equipe	Discussões, fragilidade nas relações interpessoais da equipe de trabalho, entre os colegas ou com as chefias. Dificuldades na comunicação, clima e resolução de conflitos.	7	9
Falta de Cuidado com a Saúde do Trabalhador	Queixa-se da falta de cuidado à saúde do trabalhador. Relata que gostaria e necessita de cuidado e de apoio para manejar seu sofrimento no trabalho.	6	31
Estratégias de Enfrentamento: Absenteísmo e Medicalização	Alternativas extremas de recursos para driblar o estresse proveniente do trabalho. Referências ao fato de existirem muitas licenças e atestados para “cuidar da saúde” e ao uso de medicamento para suportar a carga do trabalho.	2	10
Expectativas sobre a intervenção	Expectativas de variados benefícios sobre como a intervenção pode impactar no ambiente de trabalho, na saúde do trabalhador ou na equipe.	5	20
Implantação a) Barreiras b) Possíveis Facilitadores	Comportamentos, crenças, preconceitos que dificultam a implementação de estratégias de cuidado da saúde do trabalhador ou condições do sistema de trabalho que não favorecem o acesso ou oportunidade ao trabalhador para cuidar de sua saúde. Iniciativa ou ação que demonstre apoio a realização de intervenções para o cuidado da saúde do trabalhador ou ideias que sirvam de estratégias para remover as barreiras a implementação de estratégias ao cuidado.	14 21	17 11

Quadro 7: Temas no Pós-Teste, definição do tema e suas respectivas frequências computadas no Grupo de *Mindfulness* (G1) e de Relaxamento (G2).

Temas no Pós-Teste	Descrição do Tema	n G1	n G2
Percepção sobre o impacto da Intervenção	Relatos de qualquer tipo de benefício à saúde, qualidade de vida no trabalho, vida pessoal ou mudança positiva de comportamento.	115	27
Percepção sobre a Intervenção	Referências aos protocolos das intervenções propostas.	49	34
a) Forças	Qualidades positivas em relação ao trabalho ou conduta da pesquisadora.		
b) Fraquezas	Sugestões, críticas em relação ao trabalho e a pesquisadora.		
Engajamento nas Práticas	Relata a frequência de prática, o que praticou, como, mesmo que informalmente no dia a dia.	28	27
a) Formais	Exercícios que demandam um tempo e um espaço adequados para a sua realização		
b) Informais	Uso dos conceitos aprendidos em situações do cotidiano.		
Implantação	Comportamentos, crenças, preconceitos que dificultam a implementação de estratégias de cuidado da saúde do trabalhador ou condições do sistema de trabalho que não favorecem o acesso ou oportunidade ao trabalhador para cuidar de sua saúde.	31	4
a) Barreiras			
b) Possíveis Facilitadores	Iniciativa ou ação que demonstre apoio a realização de intervenções para o cuidado da saúde do trabalhador ou ideias que sirvam de estratégias para remover as barreiras a implementação de estratégias ao cuidado.	20	12
Sentimento de Injustiça	Sente que se dedica aos outros e ao trabalho e não tem como contrapartida o reconhecimento e o cuidado que necessita. Sente desrespeito e falta de empatia em momentos de vida que se encontra vulnerável. Refere situações de desigualdade na equipe em relação a colegas que ferem as regras do trabalho.	4	2

Para elucidar e ilustrar os temas identificados no corpus foram destacadas algumas falas dos participantes do estudo. Nessa etapa, após importar os trechos marcados no programa NVivo e com o objetivo de extrair o conteúdo mais expressivo e importante, alguns *data extracts* foram ainda mais resumidos, eliminando palavras ou ideias repetidas, mas sem alterar o que foi dito pelos participantes.

Os resultados são apresentados em quadros, a fim de deixar o texto mais didático e facilitar uma leitura objetiva e flexível dos resultados, uma forma não

convencional, mas evidentemente mais prática. Os quadros destacam em seus títulos os nomes dos temas, já descritos nos quadros 6 e 7 e abaixo, os trechos dos grupos focais que os ilustram. Embaixo de cada quadro está a síntese descritiva dos resultados em conjunto com a discussão sobre o tema.

Com a justificativa de não discriminar as diferentes ocupações profissionais e sujeitos, preferiu-se trabalhar sem as identificações dos sujeitos participantes dos grupos focais, entendendo que as falas, que envolvem todos os atores da APS são comuns a todos, especialmente porque surgiram em grupo, no contexto de conversas onde uma fala promovia uma identificação em outro participante e novos acréscimos aos conteúdos aos poucos foram emergindo.

Cabe destacar que ao compor o quadro referente o tema referente à Percepção sobre o impacto da Intervenção optou-se, por subdividi-lo em alguns subtemas: Melhorias nas relações interpessoais, Autocompaixão, Afeto, Observar, Regulação Atencional e *Mindfulness*, Regulação Emocional, não reagir impulsivamente e agir com consciência, Descentramento e Redução da Ruminação Cognitiva e Outros Benefícios, no caso da IBM e no caso da IBR, os subtemas foram: Melhorias nas relações interpessoais, Autocompaixão, Afeto e Outros Benefícios.

Cabe lembrar, como já exposto que a AT facilita um processo de ir e vir aos dados, por isso, é possível que quando se avance para uma nova etapa, se identifique que ajustes podem refinar ainda mais a apresentação dos resultados.

A sexta etapa da análise temática, que consiste na escrita do artigo, será realizada, após uma última extração dos dados para ajustar as regras das revistas. Optou-se por apresentar na tese um maior conteúdo de trechos para que os leitores se apropriem melhor dos temas e também sejam contribuintes nesta etapa final.

As categorias: Sobrecarga, Sentimento de Injustiça, Manifestações do Estresse, Interferência do estresse na qualidade do trabalho, Conflitos na Equipe, Falta de Cuidado com a Saúde do Trabalhador, Estratégias de Enfrentamento (Absentismo e Medicalização) e Expectativas sobre a intervenção contemplam os seguintes objetivos deste estudo: descrever as características qualitativas de saúde dos profissionais da APS e identificar os principais fatores causadores de sofrimento em relação ao estresse no trabalho dos mesmos.

As categorias: Engajamento nas práticas, Percepção sobre a Intervenção e Percepção sobre o impacto da intervenção contemplam o objetivo de avaliar a percepção do impacto das intervenções de *mindfulness* e de relaxamento na saúde dos trabalhadores. Por fim, a categoria Implantação responde ao objetivo de analisar a percepção sobre a viabilidade das intervenções propostas para o cuidado da saúde do trabalhador.

Os dados, trechos das falas, da etapa pré-intervenções, de ambos os grupos, foram apresentados conjuntamente nos quadros abaixo, respeitando a ordem exposta referente aos temas identificados e descritos nos quadros 6 e 7.

Quadro 8: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sobrecarga no Trabalho no pré-teste

G1: Lidar com pessoas o dia inteiro é muito complicado. Passar o dia inteiro ouvindo pessoas com problemas, deixa a gente carregada.

G2: A gente tem vários episódios no nosso dia a dia, de sobrecarga... ou até com os nossos usuários, porque são comunidades, pessoas bem exigentes no sentido de pedir, de ser atendido, das carências, muitas vezes mais emocional do que o que a gente pode resolver fisicamente no Posto.

É muita pressão... a secretaria cobra da gerencia que cobra das unidades e as coordenadoras cobram das suas equipes... é cobrança, números, dados e o trabalhador fica sempre de lado.

Essa quantidade de horas trabalhadas, conta bastante, assim, para o cansaço.

Está muito pesado, é muita pressão de todos os lados...os pacientes chegam lá e estão estressados ...e aí se a gente já está estressado, aí fica um furacão.

Gera angústia, né, porque a gente está vendo a necessidade, né, ainda mais nós agentes que entramos nas casas das pessoas, né, e aí não é só o problema daquele que vai no Posto, é o problema de toda a família. E aí a gente fica impotente e não sabe como resolver e não tem como, às vezes a gente fica de pés e mãos amarrados.

É sempre o mesmo caso sendo discutido.... não tem resolutividade. Aí o paciente não ajuda, a rede não ajuda. A falta de profissional também, de insumos também...

Têm momentos que tu acha que é contigo, né, que tu não consegue te dar conta. Esse é o perverso da coisa, né. E daqui a pouco tu para e olha "não, mas peraí, né, não sou eu, é um sistema todo que está falho." Estão encarando a política pública como mercadoria, e política pública não é mercadoria, ela é investimento. Investimento para que as pessoas tenham qualidade de vida e não cheguemos no estágio que a gente está, que é isso que tu está trazendo, metas: "eu quero é meta!" Sim, mas eu tenho estrutura física?

Leiter e Maslach (2004) descrevem seis áreas da vida no trabalho que conferem riscos para o desenvolvimento do *Burnout*. Ao tomarmos como referência essas áreas no confronto com as condições de trabalho oferecidas aos profissionais da APS poderemos entender o quanto, sob o ponto de vista da perspectiva organizacional da constituição do *Burnout*, os sujeitos se tornam vulneráveis à sintomatologia do estresse. As seis áreas são: sobrecarga, controle, recompensa, senso de comunidade, justiça e valores.

Em todas essas áreas diversos relatos em ambos os grupos se repetiram acusando a fragilidade da estrutura organizacional, como promotora de um sofrimento crônico, que vem se intensificando ao longo dos últimos anos, mediante a situação política, econômica e administrativa da saúde pública brasileira. A sobrecarga no trabalho envolve demandas excessivas, que extrapolam o limite do trabalhador e foi o primeiro tema em destaque, espontaneamente, pós análise qualitativa. Conforme as falas dos profissionais da APS, é unânime e conhecida a condição de pressão, sobrecarga e cobrança na qual trabalham os profissionais da atenção primária, sem discriminação de profissões, para que possam garantir a máxima excelência em prol da produtividade e do melhor atendimento à população em contraste com as condições de trabalho, muitas vezes insuficientes para garantir a resolutividade exigida, em muitos casos. Tal situação, conforme é explícito nos trechos em destaque, gera sentimento de impotência, desgaste e frustração, que contribuem com e perpetuam a sintomatologia da SB. Esses achados concordam com a literatura, ao apontar que as taxas da SB estão correlacionadas às condições de trabalho em unidades de saúde de maior sobrecarga, como por exemplo as equipes simples (não completas), que assim tendem a ser mais comprometidas (Martinussen et al., 2012; Sinsky et al., 2013).

Diante das demandas de trabalho dos profissionais da APS, em que pese a disparidade do número da população brasileira versus o número de equipes na ESF que devem prestar os serviços de atendimento aos usuários, fator que inclusive, impede o acesso de muitas pessoas aos serviços (Castro Filho, 2011). E somado a essa situação, o atual contexto político e econômico do Brasil, que em função da crise tem levado muitos usuários aos serviços públicos, que outrora conseguiam financiar seus próprios planos de saúde privados, colocam em cheque a

organização e o trabalho dos profissionais de saúde, que vítimas de mais sobrecarga, ficam vulneráveis ao esgotamento.

Dentre os principais fatores de consenso na literatura, que estão associados com reações de estresse ocupacional, estão os fatores intrínsecos ao trabalho (Rout e Rout, 2002; Paschoal e Tamayo, 2005) que envolvem: 1) condições inadequadas de trabalho, tal como a que vive os profissionais dessa amostra, com escassez de recursos que garantam resolutividades, 2) carga horária de trabalho, que para a maioria é penosa, completando quarenta horas de trabalho em condições permanentemente estressantes, 3) riscos, físicos, psicológicos e a violência que ronda as unidades, 4) as novas tecnologias, sistemas que demandam capacitações, adaptações e constante quantificação do trabalho, além das falhas e inoperância dos mesmos e a 5) quantidade de trabalho, que como já mencionada, extrapola a condição de muitos trabalhadores.

Diante destas condições, as manifestações dos sujeitos, corroboram achados anteriores da extensa literatura que descreve que dentre as potenciais causas do estresse do profissional da saúde é justamente a sobrecarga de trabalho, pacientes difíceis, sofrimento moral e questões referentes ao sistema de saúde, (Maslach, 2001; Rushton et al., 2015). E é válido lembrar, também, que conforme a perspectiva sociopsicológica do desenvolvimento da SB, as excessivas demandas de trabalho que exigem um esforço constante, ao longo do tempo, podem resultar em sintomas, como a exaustão, especialmente quando os recursos de enfrentamento da sobrecarga e do estresse são baixos. À medida que o profissional vai se esgotando, eles retiram a energia emocional do trabalho, vivenciando a despersonalização, o que por fim pode afetar a eficácia do trabalho (Maslach e Jackson, 1981).

Toda essa problemática destacada nas falas dos profissionais da APS retratam as percepções das condições vivenciadas no trabalho e interferem na segunda área, dentre as seis, da vida no trabalho que conferem riscos para o desenvolvimento do *Burnout*. A segunda área é o Controle, que envolve a percepção do profissional de sua capacidade na tomada de decisões que influenciam os resultados do trabalho, exercendo assim a sua autonomia e obtendo acesso aos recursos necessários para a eficácia de seu trabalho (Leiter e Maslach, 2004).

Conforme discursos supracitados é evidente que a inviabilidade de, muitas vezes, realizar seu trabalho com a resolutividade que gostariam, por escassez de recursos, devido ao fato de muitos pacientes serem difíceis, haver uma falta de rede, fatores que escapam de seu controle ocasionam mais conflitos, corroborando Lacaz e Sato (2006) ao destacar que o controle parece ser objeto de incessante conflito entre a organização do trabalho, que visa garantir que objetivos, metas e planos sejam atingidos e os trabalhadores, visto que sua saúde dele depende.

Uma outra área da vida no trabalho que ocasiona riscos para o desenvolvimento da sintomatologia da SB é a de Valores e se relaciona com a parte mais afetiva do trabalhador em relação à organização, seus ideais e motivações que o levaram a se engajar com a sua atuação profissional (Leiter e Maslach, 2004). Nas falas, especialmente na última, é evidente o atrito dos valores pessoais com a percepção do atual cenário da saúde pública, em confronto com os ideais que motivam os profissionais a entrar na rede, no início de suas carreiras.

Quadro 9: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sentimento de Injustiça no pré-teste

G1: Quando a gente está com um problema... abalada, daí eu me sinto sugada. Tu tem um sistema, tu tem que continuar produtiva. Não importa, tu pode estar mal, mas lá dando a resposta mais satisfatória que as vezes é humanamente impossível.

Tem uma coisa meio cruel na saúde... quando um colega fica doente e precisa se afastar, as pessoas aceitam, mas uns dizem: "ah, será que é?" Porque... está atrapalhando o andamento da Unidade, é obvio que uma pessoa faltando vai atrapalhar e não tem nenhum recurso de reposição, então a gente acaba uns contra os outros, a pessoa é culpada de ficar doente.

É uma queixa antiga que eu tenho, que a gente lida com a saúde mental das pessoas, que a gente lida com a dor, com o sofrimento, com as perdas, e nós nunca tivemos um apoio, a gente sempre teve que contar com a bagagem da gente, com a experiência da gente, com as crenças da gente, com a força da gente, a gente nunca teve um apoio...

G2: Nós cuidamos de todo mundo, a gente faz o nosso melhor, a gente ajuda as pessoas, mas quem é que está cuidando da gente?

Parece que não dão atenção ao trabalhador, assim, te sugam de tudo onde pode, os pacientes, os gestores, todo mundo, e tu fica, tu fica ali vulnerável a todo o resto, e tu que tem que te virar, tu tem que ficar bem, muitas vezes inclusive uma falta de reconhecimento...

O que eu acho é que as pessoas tinham que ser mais sensíveis e mais humanas, sabe? Há umas duas semanas atrás, a minha filha estava com 39 de febre e eu não dormi a noite toda e eu estava preocupada no outro dia de manhã que eu deixei na creche, não tenho com quem deixar, daí a minha chefia disse para mim, "porque está tão preocupada, não é a primeira vez que ela fica doente, ela está sempre doente". E eu pensei "já estou em um nível de estresse, já estou nervosa, ainda me diz isso?"

Depois de quase 17 anos de... trabalhando com a equipe da saúde da família, eu estou achando que a errada sou eu e quem está certo é quem está fazendo errado. Há o comprometimento de

uns, não há de outros, aí quem se compromete, quem trabalha é mais exigido né, "Bom, posso contar contigo", né, e isso vai cansando.

... desde detonar a gente enquanto funcionário, né, porque todas as punições que a gente vem recebendo ao longo desses últimos anos enquanto funcionalismo, a pressão da comunidade, não tem um dia que a gente não escute dentro da Unidade que a gente "é vagabundo, que a gente não faz nada, que nós somos tudo uns deitados, vivem tomando cafezinho, que não faz nada". A gente quase morre correndo...Principalmente a falta de valorização...

A terceira área da vida no trabalho que confere riscos para a SB é a de Recompensa, na qual é fundamental que o trabalhador sinta que sua dedicação e esforço é recompensado, reconhecido, valorizado ou premiado e a quarta área é a Justiça, que envolve a percepção de que as decisões da organização no trabalho são justas e respeitosas com a dedicação prestada pelo trabalhador (Leiter e Maslach, 2004). É possível notar nessas duas áreas, sintetizadas em um único tema chamado de Sentimento de Injustiça, que os profissionais da APS tecem comentários que ilustram na sua percepção da experiência no trabalho, injustiças, envolvendo desde privilégios a colegas, desigualdade na distribuição de cobranças, falta de reconhecimento, desrespeito nas relações de trabalho entre equipe ou provenientes de usuários, que perpetuam o sofrimento no trabalho.

Siegrist (1996) teoriza que a falta de recompensa pelos esforços do trabalhador quando não é correspondida amplia o risco para tensões emocionais e por consequência o risco para doenças, como o *Burnout*, por exemplo. Os manifestos do Sentimento de Injustiça surgem em função da percepção de toda a dedicação e esforço dado aos colegas, usuários e tarefas do trabalho e a contrapartida frustrante da falta de reconhecimento, apoio, compreensão ou valor, quando estão fragilizados ou adoecidos, especialmente. A percepção da dedicação dos profissionais ao cuidado da saúde dos usuários é confrontada com a falta de cuidado oferecido a sua própria saúde, enquanto trabalhador. A falta de contrapartida ou de recompensas é sentida, especialmente quando mais necessitam, em função de toda a sua dedicação e esforço no trabalho, como algo violento. A experiências dessas situações acarretam emoções bastante intensas e desagradáveis, corroboradas pelo estudo de Lemes et al. (2016) no qual identificaram, tanto no profissional de nível médio quanto no superior, emoções como irritação, tristeza, nervosismo e raiva, relacionadas à injustiça e sentimento de impotência ou de responsabilização. Os autores relacionam este sofrimento no trabalho, vivenciado pelos profissionais, perante às injustiças, como riscos que

podem resultar em morbidades como a SB. Especialmente porque estudos têm demonstrado uma clara associação negativa entre o sentimento de injustiça percebida e a recuperação adequada de certos transtornos de saúde (Rodero, Luciano Montero-Marín J, Casanueva, Palacin, Gili et al., 2012).

Além disso, os profissionais que se dedicam e que tem seu esforço muitas vezes reconhecido, acabam sendo sobrecarregados ainda mais, ao invés de premiados, o que contribui para a sua exaustão física e emocional, porque as cobranças, como apontam os dados, não são igualmente divididas e exigidas. A sensação de impunidade aos colegas menos comprometidos com as regras acordadas em equipe gera ainda mais desgaste nas relações de trabalho e conflitos, tensionando a desumanização, em contraste com a Teoria da Troca Social (Schaufeli, 2005) na qual aponta que o mecanismo psicológico inerente ao desenvolvimento da SB seria a sensação da falta de reciprocidade nas relações de trocas sociais, em discrepância, conforme descreve Farber (2000) entre os seus esforços no trabalho e as recompensas que recebe.

Os relatos apontam para situações e comportamentos de despersonalização, da sintomatologia de *Burnout*, tanto por parte de colegas quanto de chefias. Sob o ponto de vista de um âmbito macro, a sensação de desrespeito ao servidor da saúde pública, que não é reconhecido em sua singularidade na condição de trabalho é alvo das projeções das frustrações de usuários que o desrespeitam e os violentam, confundindo-os com o próprio sistema de saúde como um todo.

Por fim, ao contrário dos resultados do estudo de Lemes et al. (2016) que demonstraram que a maneira como pessoas vivenciam a injustiça é modulada por suas pertencas sociais, sendo que os profissionais de nível superior se sentem muito mais empoderados que os de nível médio porque as funções dos primeiros possuem um caráter mais intervencionista, que possibilita resolver mais problemas de saúde, enquanto os segundos são pressionados pelo público a fim de obter acesso ao atendimento, mas neste presente estudo e conforme relatos coletados na pesquisa, tanto o pessoal de nível médio quanto superior sofriam injustiças como cobranças dos usuários, pressão por resolutividade, desumanização, entre outros, de forma igual.

Outro resultado interessante é a hostilidade dos próprios profissionais à saúde dos colegas, muito explícita em comentários referentes à desumanização, bem representada por dureza emocional, desinteresse e atitudes negativas no trato com os clientes ou colegas, “que “coisifica” as relações de trabalho (Maslach et al., 2001). Tamayo e Troccoli (2009) acreditam que talvez seja mais fácil para as pessoas reconhecerem os sentimentos de desgaste provocados pelo trabalho do que atitudes de descaso e indiferença no relacionamento com os clientes ou colegas, como acontece no caso da despersonalização. Também é mais fácil admitir o cansaço e o esgotamento produzidos pelo trabalho do que os sentimentos de inadequação, ineficácia e desesperança decorrentes da falta de realização pessoal e decepção no trabalho. Talvez por isso, os comentários em relação a desumanização surgem em forma de vitimização, evidência que esse componente perpassa as relações de trabalho, ao passo que nenhum profissional comentou que foi diretamente hostil com usuários ou colegas, especialmente porque em condições de grupo, de exposição e presença inclusive de chefias, essa informação permanece escamoteada, devido à falta de oferecimento de um ambiente seguro e confiável para poder expressar ou confessar esse tipo de angústia e de comportamentos que uma vez ou outra, acontecem, na forma de descontroles emocionais.

Quadro 10: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Manifestação do Estresse no pré-teste

a) Físicas:

G1: Eu estou com uma dificuldade muito grande em descansar, assim, eu estou em um momento de estresse e faz algumas semanas que assim... eu, chego a sentir fisicamente como se tivesse um motor na minha cabeça e aí eu tenho... tá na hora de dormir, está na hora, e mesmo assim eu não consigo, estou com uma dificuldade muito grande de descansar.

Essa sensação do motor na cabeça eu também tenho, parece que está sempre ligada a coisa. Esse motor assim antes de dormir me... está me deixando doida.

A qualquer momento eu cochilo do jeito que for, eu fico com a boca aberta e cochilo, daí não pode...

Se envolver em tantas atividades chega a um ponto que fico cansada.

Têm dias que a gente sai, principalmente quando eu estou com acolhimento, eu saio de lá e parece que... tiraram o meu sangue, eu estou impreciso, eu não sirvo para mais nada.

Na semana passada agora fui parar no hospital, com uma dor incrível no estômago, não sei se era úlcera, não sei se é gastrite. Quem pode me garantir que eu não esteja com essa dor no estômago

em função do trabalho?

b) Psicológicas

Eu vi várias situações que eu não estava preparada, assim, eu acho, a emoção é muita, muitos casos de violência, estupro, homicídio, suicídio, a violência em geral, eu fico meio chocada ainda, a população é bem carente.... Eu chegava em casa e ficava pensando no que tinha acontecido no trabalho, e isso gera uma, um conflito ... eu acho que preciso de mais equilíbrio emocional.

A gente sai em férias e até conseguir deligar do trabalho leva um tempo, assim... o meu ideal é sair do trabalho e deixar o trabalho lá e voltar para a minha vida pessoal, esse é o objetivo.

Na hora que eu tenho que descansar, ou deitar ou dormir, aí sim, às vezes eu tenho essa dificuldade de desligar, sabe, chega, acabou, suavizar a cabeça, ou alguma coisa eu... sou muito... cobro muito de mim mesma, sabe? Ahm, qualquer coisa que dá errado, assim, e aí aquilo fica na minha cabeça, assim, porque eu não fiz assim, porque eu não fiz assado. E aí fica aquilo, eu me cobrando. Muitas vezes aconteceu de eu chegar e... chega, para, acabou. Aí eu consigo às vezes dar aquela parada. Mas aí eu tenho que dizer para mim mesma... não foi assim porque não deu e aí deu, chega, para de pensar... porque atormenta, né, muitas vezes atormenta, não deixa descansar, né.

Têm momentos assim que eu vou fazer uma oração, uma meditação, assim e já consegui me concentrar mais, agora...eu tô ali concentrada, e... quando vê...bah, a gente não consegue nem rezar direito

A frustração das coisas que tu sabe como poderiam ser resolvidas, mas que não compete a ti.

Às vezes dá vontade de sair gritando, às vezes dá vontade de arrancar os cabelos...

O trabalhador da saúde é dos que mais sofre, porque a gente lida com o ciclo de vida do nascimento à morte das pessoas então, ahm, nós lidamos com todo um público e um público com o agravante de ser um público necessitado e doente.

a) Físicas:

G2: Eu fico esgotada, eu não consigo... parece que assim oh, acaba as possibilidades, entendeu? Dá um cansaço, uma coisa na cabeça...

Ultimamente eu tenho me sentido mesmo mais estressada, mais nervosa, eu tenho umas dores de cabeça também...

Eu me sinto muito cansada, sempre muito exausta...durmo acordada, eu acho que todo mundo aqui né acumula, porque aí tu... em algum lugar vai estourar, né.

A gente vai tendo um limiar alto, vai suportando, suportando e causando coisas físicas né e desânimo e desesperança...

Eu acabei fazendo exames clínicos que constataram que eu não tinha nenhum problema de saúde e constataram que era devido ao estresse, assim, emocional.

Eu comecei a apresentar um emagrecimento muito súbito ultimamente, também fiz exames clínicos, tudo perfeito, graças a Deus, e... eu tenho, tem muita coisa que está me incomodando muito mesmo e eu vejo ligado ao serviço.

b) Psicológicas

E aí vem aquele sentimento de culpa de que tu não está dando conta... Fico muito irritadiça, a questão do sono atrapalha também isso né, O sono para mim é bem complicado e eu assim, quando saio do trabalho, não vou dizer sempre, mas a maioria das vezes eu consigo desligar, mas quando acontece um problema muito grande, não consigo...

Eu vejo essa mudança de humor, eu já não tenho muita paciência então quando eu estou com esse meu nível de estresse mais avançado eu fico bastante estressada, acaba muitas vezes descontando em pessoas que não tem nada a ver com o problema real e isso em casa e no serviço, entendeu? Às vezes eu acho que eu tenho mudado até com o meu filho... porque eu me irrito fácil.

Às vezes eu falo um pouco mais ríspida com uma pessoa, eu não sou assim, sabe? E aí eu começo a ver que eu estou saindo fora do que é a minha normalidade...chegando no meu limite, é quando eu começo a mudar o meu comportamento.

As pessoas não enxergam, mas eu me sinto muito estressada. Sabe? Eu estou aqui bem e daí do nada, bum! Uma bomba, eu explodo.

Isso interfere, tem reflexo no nosso dia a dia, né, na nossa satisfação, no nosso trabalho, na realização, né, na vontade de fazer coisas, de criar coisas novas, porque a gente vai perdendo.

Aí eu sento e "agora vou relaxar", não consegue.

Eu já passei do estresse, eu já estou na depressão.

Vou me aposentar no final do ano que vem tamanho o estresse e a insatisfação que eu estou.

As expressões a respeito da percepção do sofrimento físico ou psicológico, provenientes de situações crônicas do trabalho ilustram como os profissionais da atenção primária, de todas as distintas ocupações se sentem dentro desse cenário, percebido como um ambiente de muitas pressões, sobrecarga, injustiças, conflitos e de falta de oportunidades de cuidado com a sua saúde. Nesse estudo, assim como em diversas pesquisas brasileiras, os sintomas físicos mais recorrentes relatados foram: dores de cabeça e osteomusculares, sonolência, insônia, impossibilidade de relaxar ou de se “desligar” das questões do trabalho, que causam ruminações cognitivas e entre as queixas psicológicas: falta de concentração, oscilações de humor, tristeza, desesperança, irritabilidade, ansiedade, insônia, desânimo, sensação de descontrole, agitação psicomotora, insatisfação, entre outras, previstos em estudos brasileiros (Dilélío et al.; 2012; Souza e Virgens, 2013; Martins et al., 2014, Lima, Pires, Forte e Medeiros, 2014).

O *Burnout*, também em amostras internacionais de profissionais da saúde como nesse estudo, está associado a uma série de problemas, não só para o portador da síndrome, mas também para as organizações, os pacientes e o sistema de saúde como um todo. Trabalhadores com *burnout* muitas vezes experimentam problemas de saúde física (insônia, dores de cabeça, má saúde geral), problemas de relacionamento, redução da satisfação no trabalho e da saúde mental (sintomas de depressão e de ansiedade) (Salyers et al., 2016). O *Burnout* ocorre mais

frequentemente porque os profissionais da saúde experimentam níveis elevados de estresse que podem exceder os recursos pessoais ou dos sistemas disponíveis para gerenciar esse estresse (Maslach, 2001; Rushton et al., 2015) como é o caso dessa amostra.

A falta de habilidades de enfrentamento do estresse, em um cenário cada vez mais complexo, acarreta sintomas desconfortáveis e que se cronificam, caso o próprio trabalhador não se responsabilize por medidas de autocuidado, especialmente se não é cuidado pelo próprio ambiente de trabalho. O problema, em populações que apresentam níveis de ansiedade e depressão, como é o caso dessa amostra e que não conhecem estratégias de regulação do estresse, que mais desconforto emocional é gerado frente a pensamentos de preocupação excessiva ou pensamentos ruminativos, o que conseqüentemente, leva a mais ansiedade e tristeza, favorecendo um ciclo vicioso, reconhecido como espiral descendente. A ação compulsiva ou automática para aliviar a ansiedade ou a tristeza, muitas vezes acompanhada por julgamentos de valor direcionados a si mesmo também podem favorecer o espiral descendente, perpetuando o sofrimento no trabalho e na vida (Michl, McLaughlin, Shepherd e Nolen-Hoeksema, 2013; Hallion e Ruscio, 2013).

Quadro 11: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Interferência do Estresse na Qualidade do Trabalho no pré-teste

G1: Acaba afetando a nossa produtividade né, porque como a gente não está com a cabeça naquilo que está fazendo, o que de repente faria em 15 minutos, às vezes leva meia hora, uma hora para fazer uma coisa que seria simples...e aí depois me irrita, por que eu não terminei, eu podia ter terminado...

O meu esquecimento eu acho que é porque eu acho que eu não presto muita atenção, às vezes.

Um texto técnico uma coisa que a gente está ali, precisa se focar para ler aquilo, às vezes tu leva o dobro do tempo que tu precisaria para ler aquela coisa porque tu tem que repetir, tu tem que voltar porque a cabeça não fica naquilo ali

Eu estou num momento também de, assim de... eu tenho que tocar novos projetos, eles já estão ali, mas eu estou tão ansiosa que eu não estou conseguindo concretizá-los, né.

G2: Teve um momento que eu estava tão estressada que eu não atinava fazer mais as coisas, eu resolvia o que era o problema, todos os problemas da volta, atendia umas pacientes, mas assim óh, chegava uma hora que eu não ligava mais... fazia no automático as coisas, sabe? Não me atinava mais, aí faltava um papel daqui, uma coisa dali... ficava esgotada, tinha que resolver tanta coisa era tanto problema.... queria abraçar todas as coisas junto para resolver tudo e quando vê tu resolvia meia boca uma coisa ali, deixou metade para trás.

É comum que a exaustão referente ao *Burnout* ocasione, conseqüentemente, algum prejuízo na dimensão da eficácia na realização no trabalho, já que a execução das tarefas se torna dificultada pela presença de variados sintomas. Essas falas surgiram espontaneamente nas entrevistas focais.

Os sujeitos não foram estimulados a responder questões a respeito do prejuízo no atendimento, rotinas de trabalho, especialmente porque isso expõe o trabalhador e não garante a confiabilidade das respostas tendo em vista a reprovação social, especialmente em grupo - um desafio que dificulta a avaliação dessa dimensão da SB. Assim, as falas espontâneas evidenciam o que muitas vezes as escalas e as pesquisas não capturam: os prejuízos da sintomatologia da SB para o trabalho.

Nos relatos é evidente que os sintomas físicos e psicológicos, já supracitados, gerem perdas de tempo, energia, produtividade, qualidade na execução de tarefas, corroborados pelo grande volume na literatura empírica disponível sobre o *Burnout*, onde nos serviços de saúde foi encontrada uma relação de pequena a média entre o *burnout* e a diminuição da qualidade nos cuidados e a diminuição da segurança para o profissional. A relação da qualidade percebida do trabalho e a segurança pelo portador da SB foi significativa, especialmente, no que tange à exaustão emocional, que demonstra a relação mais forte com a qualidade, seguida pela despersonalização e baixa realização pessoal (Martins et al., 2014, Salyers et al., 2016).

Curioso notar que entre os prejuízos relacionados ao trabalho foi mencionado, inclusive bloqueios em função da exaustão, que muitas vezes inviabiliza o potencial dos trabalhadores de projetar inovações para o contexto de trabalho. Esse sintoma é muito preocupante tendo em vista que é essencial que os profissionais, sujeitos pensantes, garantam a possibilidade de se poder criar, pensar “fora da caixa” e trazer novas soluções para os velhos problemas.

Quadro 12 : Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Conflitos na Equipe no pré-teste

G1: Paciente, às vezes tem que engolir e suportar, agora quando é um colega aí é um campo de batalha, né, daqueles... e acho que gera muito sofrimento.

É bem complicado, a gente sai às vezes até soltando as patas nos colegas porque a gente não quer mais problemas, chega, então é complicado.

Muitas vezes a gente entra em situações de conflito com a própria equipe ou até com os pacientes, porque tu não está pronto, tu não tem condições de estar ali, mas tu tem que estar.

G2: Quando a gente está no alto do estresse fica um silêncio e acaba ficando um clima coletivo dentro do posto, né e uma pessoa... estressada ela acaba atingindo o todo, fica um estresse coletivo.

Eu tinha uma coordenadora, amiga de todos... ela não entrava em briga com ninguém, então, ficava um clima ruim, ela nessa ansiedade dela, ela chorava e às vezes na reunião, ela dizia assim: "Gente, vamos lavar a roupa suja". Mas daí virava um quebra pau dentro da reunião.

O estresse para mim... não está sendo a nível de pacientes, mas a nível de colegas .

;;quando é colega, cara, é complicado, é difícil. A gente sabe que cada pessoa tem o seu momento, a gente sabe que as pessoas têm os seus problemas, mas eu diria assim, se a gente tem, por que a gente não senta e não conversa?

Eu tinha uma visão, assim, que as reuniões de equipe seriam para a gente clarear tudo, todas as coisas, né, possíveis, ahm, clareou, resolveu, ficou ali. Mas é uma ilusão...

Na Unidade a gente vem pedindo isso há muitos anos, né, porque é um ambiente adoeceador e a equipe é bem, é bem doente assim, tem várias pessoas com problemas de saúde.

Diante dos sentimentos expostos é previsível concluir, conforme ilustra o quadro que o estresse no trabalho também interfira nas relações entre as equipes, com as chefias e em muitos casos, inclusive com os usuários. A "Comunidade", mais uma das áreas da vida no trabalho, envolve os vínculos, relacionamentos interpessoais e o trabalho em equipe (Leiter e Maslach, 2004), e quando estão fragilizados ou o clima está hostil entre a equipe ou na unidade como um todo, esse se torna mais um risco para a SB.

É comum que nas interações pessoais, encontre-se momentos de conflitos que podem ser considerados eventos negativos ou algo que deveria ser evitado. Os conflitos entre os membros da equipe surgem pela variedade de opiniões e posturas, conforme esse estudo. No entanto, concorda-se com a literatura ao destacar que são aspectos inerentes à dinâmica do trabalho em equipe, podendo transformar-se em possibilidades de crescimento, se forem bem trabalhados (Oliveira e Spiri, 2006; Kell e Shimizu, 2010). Mas a falta de oportunidades para tratar de questões referentes ao relacionamento interpessoal ou a falta de intervenções para facilitar

boas relações de trabalho e resoluções de conflitos mantém um clima desconfortável em algumas unidades de saúde, que se perpetua, alimentando assim algumas relações difíceis, conforme as falas em destaque. Lembrando que tais manifestações também se relacionam com a dimensão de desumanização do *Burnout*.

Entre os principais fatores de consenso na literatura, que estão associados com reações de estresse ocupacional estão as relações no trabalho, envolvendo relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados e clientes, estando estes diretamente ou indiretamente relacionados ao trabalho e a estrutura organizacional, que envolve estilos problemáticos de gerenciamento, falta de participação em decisões e pobre comunicação no trabalho, de acordo com os trechos em destaque, corroborando Paschoal e Tamayo, (2005). Em um cenário com essa adversidade é essencial gerar espaços de diálogos a respeito das relações interpessoais no trabalho, de forma eficaz para reverter hostilidades e reengajar os trabalhadores em objetivos comuns e significativos para a equipe.

A falta de oportunidades saudáveis para o manejo dos conflitos interpessoais é um risco, já que um ou alguns portadores de *Burnout* entre os membros da equipe podem impactar negativamente o clima e a equipe com os seus sintomas e comportamentos. Esse resultado nos faz refletir que dependendo do tipo de relacionamento interpessoal que se estabelece no ambiente de trabalho, o sofrimento pode representar um importante potencializador para os acontecimentos carregados de ansiedade e agravar as situações conflitantes (Bakker et al., 2001; Benevides-Pereira, 2010; Bakker et al., 2005). Especialmente porque é conhecido na literatura brasileira a associação do estresse proveniente do relacionamento interpessoal, com várias condições de comprometimento da saúde de trabalhadores da saúde (Camelo e Angerami, 2007; Paschoalini, Oliveira et al., 2008).

É fundamental que se cuide adequadamente dos conflitos interpessoais para que não se banalizem ou naturalizem. Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) em estudo qualitativo a respeito dos conflitos entre chefias e demais trabalhadores da saúde, evidenciam que os gerentes discutiram o tema a respeito dos conflitos, com naturalidade, visto como algo presente no exercício cotidiano do trabalho em todo serviço de saúde, que envolve tanto a relação entre funcionários como entre esses e os usuários. No entanto, apontaram que o enfrentamento dos conflitos é sempre

tenso, e que não há um modo sistematizado de lidar com eles, apesar de ocorrerem cotidianamente, o que corrobora os resultados desse estudo, no que tange a frequência de relações conflitivas e permanentes e da necessidade de intervenções que oportunizem a resolução de conflitos.

Quadro 13 : Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Falta de Cuidado com a Saúde do Trabalhador no pré-teste

G1: Não existe uma coisa pensada e estruturada, aliás parece que não existe trabalhador. Quando tu entra tu faz um monte de exames, tu recebe uma avaliação psicológica e médica e aí o cara diz tu está apta e agora tu pode trabalhar 30 anos abaixo de pau, sofrendo, adoecer, sair de licença, morrer, que eu não quero mais te ver.

Existem poucos recursos dentro da prefeitura para poder ajudar os profissionais da área da saúde... então eu acho que é superimportante assim a gente poder ter momentos de parar, poder a equipe, poder pessoas individualmente estar recebendo um reforço externo para poder lidar com isso porque é, é... tem muito sofrimento envolvido.

Deveria haver um programa constante de, ahm, trazer mais saúde aos trabalhadores para poder atender essa saúde tão doente que a gente tem, a doença mental, né, que cada vez mais cresce. Então eu vejo que... essa oferta, ela... o ideal seria ter constante, ahm, em função do tipo de trabalho que todos nós desenvolvemos.

G2: Não tem esse cuidado de "Tá, mas tu está bem? Vamos fazer alguma coisa para melhorar isso? Como é que tu está te sentindo?"

Eu acho assim óh, que deveria ter um programa bem estabelecido né, por exemplo, ter um dia, sei lá. Eu não sei a periodicidade, mas um dia que tu... vai pegar para assim óh, desopilar e falar, botar para fora o que tu precisa, sabe?

Eu acredito que com um profissional te orientando, dando outras formas de alternativas, tu consegue aliviar bem mais a carga né.

Eu acredito que com essa pesquisa a gente se sentiu um pouco mais especial, assim, né, porque não teve nenhum olhar sobre isso né, alguém enxergou.

Teve um pessoal do administrativo lá da... que foi lá, tentou fazer alguns encontros e tal, mas sempre ainda tentando... não na busca do indivíduo como pessoa, mas sempre tentando camuflar um sistema. A gente trazia a queixa "ah não, mas isso não sei o que", então assim, não é uma coisa efetiva, sabe? Então eu acho isso fundamental, eu acho que isso tinha que ter sempre.

Hoje na verdade se precisa fazer uma escuta e nos ajudar, nos auxiliar é na escuta.

Embora existam políticas em prol do cuidado da saúde do trabalhador, parece que, conforme expressam os sujeitos da pesquisa que esse cuidado não é acessível aos próprios profissionais da APS, atores responsáveis pelo cuidado da saúde dos usuários, também trabalhadores. Diante do sofrimento já exposto e dos prejuízos que acarreta ao trabalho, às relações interpessoais e a própria saúde física e mental do servidor, seria essencial que essa demanda por cuidado fosse contemplada, especialmente com o oferecimento de espaços de expressão de suas dores, que

garantissem no mínimo um alívio, apoio e possibilidades de trocas de experiências e de empatia para um melhor manejo das situações desafiadoras inerentes a esse trabalho, porque conforme destaca Lara (2001), em meio ao conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais propostas pela reestruturação produtiva na sociedade capitalista, a pauta trabalho e, conseqüentemente, a saúde para o trabalhador tornam-se elementos indispensáveis para a manutenção de condições dignas nos processos e ambientes de trabalho e na potencialização da vida dos sujeitos.

É válido recordar que em 2012, foi instituída a Política Nacional da Saúde do Trabalhador (PNST) que tem como objetivos: fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador (ST) e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover saúde, ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à ST; ampliar o entendimento e conceber a ST como uma ação transversal; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e nos serviços de saúde do SUS; e assegurar a qualidade da atenção aos trabalhadores usuários do SUS (BRASIL, 2012). No entanto, após conferência dos cuidados oferecidos aos trabalhadores da saúde e conforme essa amostra, não foram encontradas ações e estratégias que considerem e intervenham em prol de suas reais necessidades coletivas e individuais, que embora com amparo legal, tenham o direito ao cuidado, na prática não se efetua, corroborando observações de Souza e Virgens (2013), ao destacar que embora o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos serem uma das estratégias da PNST, poucas evidências relacionadas a práticas educativas específicas à ST na APS são encontradas. Conforme os relatos dos sujeitos deste estudo, são necessárias ações que especialmente respeitem as suas demandas de cuidados enquanto pessoa e profissional. Parece haver um investimento no profissional, com capacitações, para que cuide dos usuários, mas não são encontradas estratégias dentro do sistema público que vise o cuidado da saúde do trabalhador que cuida dos trabalhadores brasileiros, mais uma dura ironia deste sistema de saúde.

Quadro 14: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Estratégias de Enfrentamento: Absenteísmo e Medicalização no pré-teste

G1: O número de atestados, as pessoas se afastam muito do trabalho, né, por estresse!

A gente tem ouvido falar muito assim da importância desse equilíbrio emocional... da busca das técnicas alternativas pra fugir da questão só da medicalização.

G2: A gente sabe, claro, que não sou a única que me emboletava né... (risos)

Eu vim para aprender a lidar com esse estresse, de preferência, sem medicação, mas se tiver que tomar, tomarei de novo.

Se olhar hoje, o nível de atestados é imenso, né, e os tempos também, né.

Eu acho que maneiras alternativas de tentar lidar com isso, ahm, é uma luz no fim do túnel, né, porque cada vez se lança mais drogas, cada vez se usa mais drogas e...como farmacêutica, né, vendo assim a quantidade de antidepressivo que se dispensa diariamente na farmácia, inclusive para colegas né.

A maioria do pessoal da saúde está fazendo uso de antidepressivo, a maioria. Quem não está, está assim, se afundando. É, exatamente, para não se afundar...

Aquele trabalhador que poderia estar produzindo, está doente, está afastado e muitas vezes por depressão, né.

Trabalhadores com SB impactam também o nível organizacional, com atrasos, ausências, licenças, redução do compromisso com o trabalho (Salyers et al., 2016). Nesse estudo, a prevalência de pessoas que se ausentaram do trabalho no último ano foi de 54,9% por motivos de saúde. Na falta de acesso a um cuidado à saúde do trabalhador, algumas alternativas paliativas são utilizadas para amenizar o sofrimento no trabalho: afastar-se ou medicar-se. Essas duas estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho, surgiram espontaneamente no estudo, especialmente porque em grupo, passa a ser um tema delicado de ser abordado.

O absenteísmo entre os profissionais de saúde apresenta altos índices em todo Brasil, o que contribui como um fator determinante para o agravamento da saúde em todo o país (Rodrigues e Araújo, 2016) e a prática da automedicação também (Tomasi, Sant'anna, Oppelt, Petrini, Pereira e Sassi, 2007; Galvan, Dal Pai e Echevarría-Guanilo, 2016). Muitos trabalhadores se utilizam de estratégias defensivas, típicas do *Burnout*, como se automedicar, com ou sem acompanhamento médico, afinal o acesso é mais facilitado ou pleiteiam um afastamento, com diagnóstico de transtornos mentais ou físicos, como é frequente no campo do adoecimento do trabalhador, conforme os relatos. No entanto,

difícilmente o afastamento do trabalho se dá por motivos de estresse ocupacional ou qualquer CID que relacione o sofrimento do trabalhador às suas atividades laborais ou ao ambiente de trabalho, situação que estaria a serviço de escamotear um cenário adoecido, conforme os dados do SINAN (2015).

Especialmente no caso dos profissionais da área de enfermagem, amostra mais estudada na literatura, as condições do trabalho, já amplamente descritas, forçam o trabalhador a se expor de modo demasiado a assumir responsabilidades frente a situações extremas que acabam por direcioná-lo a um grande desgaste físico e psicológico, o que favorece as faltas ao serviço. Além disso, a sobrecarga de trabalho está entre os fatores desencadeantes de doenças, como hipertensão arterial, distúrbio musculoesquelético, doenças crônicas neurodegenerativas e problemas psíquicos, as quais exigem frequentemente o afastamento dessa categoria (Oliveira, Neves e Ulbrich, 2013).

Galvan, Dal Pai e Marchand (2016) identificam que automedicação é uma prática frequente e aceita entre profissionais da saúde, com destaque para a categoria médica, com maior número de publicações e com as maiores prevalências. O consumo de fármacos que não exigem prescrição foi acentuado em farmacêuticos e profissionais de enfermagem. As prevalências se mostraram maiores em indivíduos mais jovens e com maior escolaridade. O sintoma que mais estimulou a automedicação foi a dor de cabeça e tensão muscular, portanto, os medicamentos administrados foram os analgésicos e houve relatos de uso de benzodiazepínicos.

Conforme foi verificado com os participantes e equipes de apoio à saúde do trabalhador, em Porto Alegre, não foi evidente na atual conjuntura planos de ações estratégicas com efeito significativo que estabeleçam mudanças dessa realidade. As leis e decretos desta natureza foram idealizados pelo Ministério do Trabalho, mas na realidade empírica elas não se efetivam.

Quadro 15: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Expectativas sobre a Intervenção no pré-teste

a) Forças

G1: se a gente puder ter espaços saudáveis, para as pessoas...elas iam ao natural começar a aprender e respeitar o outro... melhora a relação interpessoal.

No momento que tu conseguir estar trabalhando mais tranquila...é aquela história né, a maneira que tu vai atender o teu usuário vai refletir, então se tu conseguir trabalhar mais zen, a pessoa sente aquela receptividade, aquela tranquilidade, o clima pode ficar mais tranquilo...

Quanto mais a gente tiver controle sobre as nossas emoções, sobre o nosso bem-estar, a gente vai estar com certeza passando isso pros nossos usuários... Lidando com eles com mais... capacitação.

G2: A minha expectativa seria que esse trabalho chegasse até a secretaria, que fosse uma coisa comum para todas as unidades após, né.... vamos dizer, que eles possam aprovar, que seja bom, né, que possa chegar a todos os trabalhadores.

Só de eu estar fora e de compartilhar os meus problemas da minha Unidade com os das outras colegas das outras unidades, de ter aquele horário teu, de tu poder almoçar descansada e de saber que tu não vai voltar para todo o estresse, já dá uma saúde na cabeça...

Mesmo que seja breve, que a gente pudesse ter esse espaço. De tu poder expor as coisas, ver como tu está te sentindo.

Eu acho que é importante tu saber que tem esse espaço, que o próprio empregador ou enfim, pensa nisso. Acho que isso é importante para a gente como trabalhador.

A gente tem uma ideia de estresse muito focada no local onde a gente trabalha só, então dependendo da situação que a gente passa, às vezes acha que é só a gente que está passando e em uma pesquisa coletiva, a gente tem a ideia de um grupo, assim, de um todo e não só do nosso problema, né.

Acho que a troca de experiências... a gente pode aprender muita coisa, como lidar com determinadas situações, como passar para outra pessoa também né, que possa fazer isso.

Até em apoiar em determinados momentos que a gente nem sabe que a pessoa está passando por aquilo, e a gente só joga pressão... em alguém, né, não sabe o quanto a pessoa está se sentindo mal e ela não tem aquele momento para dizer isso. E quando ela tem, a gente passa a ver a coisa de uma forma diferente, né, passa a ver o colega de uma forma diferente...

Às vezes as pessoas se colocam em uma posição de não demonstrar nada, né, e ficam sofrendo com aquilo, então nesse momento... é um momento para isso as pessoas conseguem se abrir mais e a partir daí a gente passar a se conhecer melhor.

Fica uma expectativa de a gente se enxergar com um olhar mais humanizado, né... porque a gente só pensa também nos problemas da gente e a gente vê que tem, que as pessoas tem um trabalho estressante, que a equipe tem aquele estresse, né, aquela rotina, de a gente se olhar e saber que, que dá para conversar que dá para melhorar, que se eu estou com um problema, ahm, o colega entender, de uma certa forma ajudar...esse olhar humanizado....

O falar que eu acho que é importante porque vão caindo as fichas né, a gente vai se dando conta das coisas e aí sim tu podes "bah, mas eu não tenho que me incomodar com isso", "eu tenho que me incomodar fora, né" "pô, isso aqui é importante, isso eu tenho que aprender a lidar e esse aqui eu tenho que brigar para resolver." Eu acho que é mais um clarear, né, da realidade e a gente poder tomar as atitudes, né.

As expectativas em relação as duas intervenções propostas vêm na direção das principais necessidades dos trabalhadores, que são, predominantemente: alcance de mais bem-estar e alívio do afeto negativo, espaço para expressar seus sentimentos e obter conforto, apoio e compreensão, estabelecer trocas de experiências com outros colegas para obter insights a respeito de como proceder diante das situações desafiadoras do trabalho; desejo de uma pausa e afastamento da unidade, especialmente legitimados pela gestão como um sinal de reconhecimento do estresse laboral. Além disso, o desejo de viver uma melhor interação com os colegas para retomar relações humanizadas e a intenção de um oferecimento sistemático a todos os trabalhadores do acesso a prevenção à saúde. Esse levantamento é corroborado pelo levantamento americano (Cramer et al., 2016) no qual os motivos da busca por meditação foram: alcançar mais bem-estar, melhor a disposição, concentração, ansiedade, estresse e depressão. Os resultados deste estudo sugerem que as pessoas que procuram por IBM, em geral apresentam maior gravidade de sintomas em diversas condições clínicas e, por este motivo procuram e estão mais abertas a essas estratégias de cuidados complementares à saúde.

Quadro 16: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Barreiras e Possíveis Facilitadores no pré-teste

* * Implantação: a) Barreiras
G1: Não é para todos os trabalhadores... Tem várias possibilidades para todo mundo né, porque nem todo mundo vai se identificar com isso. Eu acho que é gestão. Tem um monte de coisas que eu acho que seriam legais e que dependendo da gestão tu é proibida de aplicar ou de usar ou de fazer. Acredito que espaços como esse a gente não prioriza porque a gente sempre prioriza o que está fora. Os compromissos, essas coisas, prazos, metas e não a gente. A principal dificuldade é organização do tempo mesmo, eu posso tá aqui essas duas horas, mas eu não posso deixar de fazer nenhuma das outras coisas que eu tenho que fazer. G2: Falta de pessoal, porque a gente sabe que a equipe... todo mundo... está sobrecarregado, então tu não tem tempo. A própria, ahm, deliberação da própria chefia... Às vezes não tem vontade que isso aconteça, né, porque daí os problemas também não aparecem, pelo menos não ficam tão visíveis, né. A forma de se fazer as pessoas sentirem confiança umas nas outras para expor as suas dificuldades é mais complicado.

Não tem RH suficiente, não tem nem para atender os pacientes de psiquiatria. Não tem nem para atender os pacientes, imagina para atender a gente, os funcionários, os trabalhadores.

A impressão que a gente tem é que às vezes, quando aparece essas coisas, assim, tu fica pensando...Ai, será que vão querer te ajudar mesmo ou estão querendo te amansar. Adestramento. É...querendo te amansar te mostrando que está te valorizando. Se foi oferecido pela gestão, a gente desconfia.

*** * Implantação: b) Possíveis Facilitadores**

G1: Existe a válvula de escape, que são as fendas entre o ideal e o real né, que são a nossa criatividade de ir jogando, dizendo uma coisa, dizendo outra, mas aí fica muito no individual, muito da receita de cada um assim de fazer, e isso também gera sofrimento porque é muito mais legal quando tu te sente parceiro

O projeto de pesquisa, agora, a nível institucional, isso vai substituir possivelmente um corpo de prevenção possível...

Algumas facilidades, que são algumas normativas né, leis e políticas públicas que nos garantem, né, de repente as práticas alternativas de saúde. A gente tem uma política nacional de saúde do trabalhador, que prevê um monte de coisas...

Acho que o fortalecimento de pares no micro, é assim, ir crescendo no macro...acho que quanto mais a gente vê a consciência de algumas coisas, a gente ir somando parcerias e criando... Nós trabalhadores, acho que poder se articular um pouco mais.

A gente também tem que pensar articuladamente como é que o gestor... o que que ele quer.... ele quer resultado. A gente tem que aprender também a mostrar esse bom resultado. Bom...se fere, se interfere na produtividade mesmo, né, o teu estresse, é isso que vai bater lá no gestor.

Teria que ter uma conscientização que realmente, talvez a pesquisa entre nisso, assim, para comprovar, com dados, que realmente faz diferença, né.

Sensibilizar o gestor de que aquelas duas horas ou duas horas e meia de um profissional por semana é para qualificar o serviço.

G2: Ter um diagnóstico ...da nossa secretária... porque talvez a própria gestão, ahm, a partir desse diagnóstico tenha ações, enfim, mais específicas para a saúde do trabalhador, né. A partir de uma pesquisa começa a mudar o olhar, o gestor pode ter um olhar diferente...

Eu acho que no momento que, que a pesquisa chegou nesses moldes, né, é a oportunidade de ser acolhido, esse espaço né, eu só não sei como ele persistiria depois, né, se a gente aprende e a gente replica, né, porque... pelo menos se abriu um espaço, a gente viu a gerente participando, né, a aprovação do comitê para se fazer esse tipo de trabalho, né, e acho que assim, a persistência da gente em dizer assim, "bom, quinta-feira, das 11h às 1 h, é reunião para a gente poder estar fazendo alguma coisa e não abrir para outra"

Se fosse para construir um grupo, um grupo ou uma intervenção, enfim, eu acredito que teria que ser fora da Unidade, ahm, que nem está sendo feito aqui. Se fosse só o pessoal da unidade ia acabar gerando conflito. Confusões, né, tem que ser bem mista, assim, né. E um ambiente seguro, que a pessoa tivesse segurança de falar os problemas...

Tem que ter uma verdade nisso, tem que ter um desejo de quem está propondo. Se não, a pessoa se frustra... que tenha uma verdade nisso, né, que não seja uma coisa assim: "Para produzirem mais". E trazerem menos problemas para eles.

**** A descrição e discussão destes resultados está apresentada conjuntamente com os dados do pós-teste, tendo em vista que esse tema se repetiu.**

Em relação aos resultados no pós-teste, os dados estão apresentados de modo a facilitar a comparação das experiências em ambos os grupos, conforme os quadros a seguir.

Quadro 17: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Percepção sobre a Intervenção, no pós-teste.

G1: <i>Mindfulness</i>	G2: Relaxamento
Às vezes eu ficava pensando durante a semana, que tu vai acumulando, acumulando, e eu lembrava, quinta-feira de tarde tem o encontro pra eu conseguir... desestressar (risos)... às vezes eu segurava no osso e parecia que pelo menos eu tinha um... um suporte que eu sabia que... quinta-feira eu ia conseguir. Se não, se até lá não melhorasse quinta-feira pelo menos ia conseguir parar pra... pra refletir um pouco sobre aquilo. Parecia um... um fôlego durante a semana, assim: “Ai, o que que eu tenho amanhã de tarde para fazer? Ah, eu tenho <i>mindfulness</i>!” Então, assim, era uma pausa na semana, que tu para a tua rotina, vem para cá, fica tranquilo, também acho que... convive melhor com os colegas... Eu acho que falta espaço para essa troca de experiências, porque quanto mais você faz essa troca, mais você vai aprendendo ... você vê que não é você sozinho que está assim, tem várias pessoas que estão na mesma situação... ... deveria ter sempre, né, independente de ser um grupo formal ou não, de ser uma pessoa específica ou não, mas que os trabalhadores tivessem um espaço com frequência, para praticar, né, desacelerar, para voltar para o corpo, para repensar o que que está fazendo, assim, no geral, né, não só no trabalho, mas na nossa vida... ...gente... também faz a meditação, mas a gente conversa sobre muitos conceitos que na verdade são coisas que não é só assim: “ agora aqui tu para, meditar e tá, deu né”. São coisas da vida, é da vida, assim né, é para mudar para a vida. ...é um programa fechado, tipo oito semanas, ok, mas ali tu teve toda a base, então dá uma sensação de poder para a gente, tem outros programas que as pessoas nunca estão aptas, elas nunca vão poder fazer...elas vão ficar a vida inteira dependendo do professor, né... Eu vim aqui... com um pouco de ceticismo,	Eu vinha para cá feliz, eu acho que isso traduz tudo... a gente conhecer as pessoas que, nós conhecermos né, é gostoso ouvir...é uma troca super positiva. Muito positivo, muito produtivo, quando eu sabia que ia vir para cá já ficava feliz, né, tu sai um pouco também daquele universo do trabalho que muitas vezes, na maioria das vezes, é um agente estressor para um lugar que tu sabe que vão ter pessoas que tu gosta, que tu vai poder desabafar, que tu vai poder ouvir também as histórias né, para pensar depois. Essa troca de experiências é uma das partes mais ricas, assim né, a gente acaba percebendo muitas coisas e acho que a, a tua condução é muito boa também, né, muito boa, consegue fazer a gente realmente viajar, assim, né, e... sem tu falar o porquê consegue levantar coisas para ficar pensando, né, então isso é muito bom. É extremamente positivo... até para o que gerou entre nós, toda a abertura, né e a confiança de poder falar aqui tranquilamente, eu acho que isso depende muito da conduta de quem está à frente né, e não sei se outra pessoa conduziria dessa forma, deixou a gente bem à vontade. As mensagens que tu mandavas para nós. Eu acho que para o programa, de repente ficou espaçado, mas a gente sabia que tu estavas ali “aí gurias, como é que vocês estão? “Não esqueçam!”, então isso eu achei bem interessante também. o encontro possibilita a gente conversar e eu acho que isso ainda é mais terapêutico que as próprias técnicas muitas vezes né... Eu sugiro que vocês levem isso para adiante, assim, para a gerência, eu acho que isso deveria ser tipo como se fosse instituído, entende? Para que todos pudessem participar... É perceptível a mudança da fisionomia de quando vocês chegaram, para agora. A gente

achando que seria mais uma teoria, né? a ser apresentada. E hoje, ao encerrar, eu posso dizer assim que realmente ela... é, acho que a... muito objetivo, consegue de uma maneira prática atingir os objetivos e num curto espaço sem... muitas filosofias. b) Fraquezas Um lugar que tenha ar condicionado... Eu acho que mais encontros seria legal realmente, né, se tivesse uma continuidade, enfim, de alguma forma, né. Algumas coisas, assim, a nível corporal, se tivesse um colchonete... O ambiente ter barulho externo. O horário, ao meio dia sinto muita fome ... e divulgar mais. Poderia ser um tempo maior nas sessões, pois, em alguns momentos, pareceu-me meio corrido, sem um tempo para "respirar"... Continuidade. Tipo uma coisa que fosse sei lá um encontro uma vez por mês depois tu passa a 3 meses, não sei. É melhor não ser nas unidades, quando é uma coisa assim. Por que tu te desliga de lá. Se eu estivesse na unidade, iam bater na porta e iam me chamar todas as vezes.	traz para a gente as dificuldades do cotidiano profissional achando que é uma falha minha e quando tem o grupo que todo mundo coloca, tu te dá conta de que não é teu, que é o sistema, que nos violenta, não apoia. b) Fraquezas: Ter mais encontros e com maior frequência. De repente poderia ser prolongado, de repente ao invés de ser duas horas, poderia ser até três. Passa muito rápido. Essa cadeira é muito desconfortável para relaxar...Poder deitar no chão, mas é que eu acho que no chão ainda é mais confortável que a cadeira. Colchonete é mais difícil, mas todo mundo, de repente tem uma canga, tem uma manta em casa... Poderia ajudar é um som no fundo, assim. Acho que ajudaria bastante a gente se concentrar. ...Uma localização mais acessível. Melhor divulgada porque fica uma coisa assim, muito: "olha eu fui em uma reunião de colegiado e aí me passaram isso e aí quem é que quer fazer isso?". Como é que eu vou ir se eu não sei o que é ... Eu não gostaria que coordenação estivesse junto, eu acho que poderia separar. Eu não sei se médico podia vir junto também porque para elas também é complicado...
--	---

São raros os estudos que exploram algum tipo de avaliação a respeito da intervenção proposta aos cuidados à saúde dos profissionais da APS, por meio de entrevistas e grupos focais. A intervenção foi considerada agradável, mas a prática contínua fora da intervenção seria difícil para os trabalhadores implementarem e manterem, corroborando resultados anteriores (Foureur, Besley, Burton, Yu e Crisp, 2013). Os relatos a respeito da percepção das forças da IBM ilustram que os profissionais em estudo experimentaram um espaço de suporte, apoio, trocas, mais conexão entre eles, a possibilidade de ver e entender que o outro se estressa, garantindo menos sensação de isolamento e mais autocompaixão, o que concorda com demais estudos qualitativos publicados (Morgan et al., 2014). Os sujeitos, paralelamente, destacaram as intervenções como oportunidades de pausa para refletir sobre o seu papel profissional e sobre a sua própria vida de modo geral.

Também sentiram as intervenções como uma oportunidade de realizar trocas de experiências e de alternativas de manejo do estresse e resolução de problemas. Destacam também a oportunidade de estabelecer vínculos mais próximos com os colegas e de sentir empatia, o que parece ter contribuído, conforme relatos, para a redução do senso de isolamento. Ainda foi ressaltado que o programa cumpre com os objetivos propostos, que instrumentaliza os participantes para que possam lançar mão de ferramentas de redução de estresse de modo independente, tal aceitação corrobora o que é encontrado na literatura em relação às forças das IBM (Mensah e Anderson, 2015).

Alguns estudos ao avaliarem a IBM proposta não demonstram os relatos acerca da avaliação da estrutura do programa em si, embora este seja o objetivo. É mais frequente encontrar relatos de experiências em função dos benefícios pessoais percebidos pelos participantes como parâmetros a respeito da estrutura da IBM em si, como por exemplo, algumas referências como a nota atribuída ao programa e se os participantes recomendariam o programa (Asuero et al., 2013). Esse é um dado que aponta a grande aceitação da intervenção, tal como neste presente estudo, tendo em vista o baixo número de abandonos e seus motivos. De modo geral são encontrados estudos que realizam uma avaliação quantitativa a respeito do programa e frequentemente o feedback é bastante positivo, principalmente quando garante um espaço para comentários livres, tal como nesse estudo (Cohen-Katz et al. 2005; Shapiro et al., 2005).

No caso do grupo de relaxamento é possível concluir que a experiência em relação as forças dessa intervenção foram muito parecidas com as do *mindfulness*, com algumas especificidades como a tentativa da pesquisadora de manter o grupo mais engajado, estimulando-os com o envio de mensagens e e-mails, porque que a frequência das sessões era quinzenal, o que foi destacado como positivo. Os sujeitos também enfatizaram a questão da postura da pesquisadora, que estimulou muitas trocas sociais nesse grupo para promover a emergência das forças necessárias à resolução de problemas, proposta diferente da intervenção do *mindfulness*, nesse aspecto.

No grupo do relaxamento, intencionalmente, foi adotada uma postura mais diretiva, focada em apoio, com vistas ao empoderamento dos atores para uma

melhor relação com o seu trabalho, o que não é de praxe na intervenção de *mindfulness*, onde não se interfere diretamente na experiência do outro com sugestões verticais, usando apenas os conteúdos que emergem no grupo como possíveis alternativas de como proceder diante das dificuldades, se assim pensarem, pois considera-se que o aumento de autoconsciência, possibilitado pelo treinamento em *mindfulness*, garante a possibilidade da adoção de posturas mais assertivas, criativas e saudáveis para o manejo de problemas. Ambos os grupos destacaram a que as intervenções garantiram a oportunidade para que o grupo se sentisse mais conectado (Mensah e Anderson, 2015).

Em relação às fraquezas e sugestões de melhorias nos programas, as falas de ambos os grupos também foram muito semelhantes. Ambos os grupos gostariam de ter o acesso a uma manutenção dos encontros ou pelo menos encontros esporádicos, para manter o desenvolvimento do processo de ampliar o repertório de enfrentamento do estresse ou manter os benefícios alcançados, tendo em vista que são passíveis de perda, sem uma educação continuidade ou a prática rotineira dos aprendizados, que toma um tempo para sedimentar e sustentar os benefícios (Malinowski, 2013).

Houve muitas queixas em relação aos ambientes físicos utilizados para os encontros, que não ofereciam, de fato, as condições de conforto essenciais para a execução de ambos os programas. Cabe destacar que realizar os grupos nas próprias unidades também foi um ponto negativo especialmente para os profissionais que eram chamados ou ficavam com a atenção dividida. Esse dado contribui para a reflexão a respeito da viabilidade do oferecimento desses programas e do quanto o ambiente físico, com silêncio, conforto e isolado do ambiente de trabalho, com um acesso seguro são fundamentais no planejamento de implantação desses serviços, para não gerar justamente o oposto, mais estresse ao trabalhador. Também é importante considerar um horário para que todos estejam em condições de estar alertas, bem despertos e com a energia física e mental necessária para a participação plena nas sessões. E apenas para ilustrar, o problema de salas realmente era um desafio. Houve uma situação em que uma sessão foi realizada na rua, em uma praça pública.

Por fim, também foi manifesto que a participação de chefias não é recomendável, especialmente se fazem parte de uma mesma unidade de saúde. Outra fraqueza foi a divulgação da pesquisa porque nem todos os profissionais puderam estar presentes nas reuniões onde o estudo foi apresentado, na fase de recrutamento, o que gerou pouca clareza nos convites realizados para que participassem da pesquisa. Todos esses dados reforçam a importância dos estudos qualitativos para o aperfeiçoamento de pesquisas e intervenções nesse campo de estudo, para que futuras propostas metodológicas considerem esses fatores salientados e potencializem os benefícios aos participantes (Malpass et al., 2011; Morgan et al., 2014).

Foi sentida uma expectativa por parte da pesquisadora em que o estudo promovesse desdobramentos realmente práticos com os resultados da pesquisa. Os sujeitos consideravam que o estudo era uma evidência da situação, um diagnóstico preciso que retrataria suas realidades de trabalho e que com este fosse promovida a implantação de políticas efetivas futuras para o cuidado da saúde dos mesmos.

Quadro 18: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Engajamento nas Práticas no pós-teste.

<i>Mindfulness</i>	Relaxamento
a) Práticas Formais: Eu acho que fiz umas duas vezes só. Eu não fiz tanto quanto gostaria. Precisa muito na prática ter mais disciplina. Eu acabo fazendo menos do que seria bom. A prática em casa até agora nas últimas semanas começou a ser incorporada, mas eu acho que é o que as meninas falaram de.... da nossa disciplina né...hoje é o dia de ficar a tarde aqui, me cuidando... Eu boto o CD ali né, tchóin. Já basta, durmo até sentada, aí eu começo a ouvir aquilo, quando vê eu vou entrando assim em mim... eu pumba (dorme) (risos). Acho que eu nem estou fazendo meditação nenhuma. Acho que inconscientemente até assim, eu faço, porque eu fico bem calma (risos) Eu tinha que praticar mais, porque ainda é mais quando o bicho está pegando...	a) Práticas Formais: No início um pouco mais e foi diminuindo com o passar do tempo, assim, os últimos eu não sei exatamente né, mas, talvez a empolgação do início e tal de querer fazer, mas eu confesso que diminuiu com o passar do tempo e agora, na verdade, na última semana eu nem realizei. Eu comecei mais empolgada, assim, fazendo, por causa da novidade, talvez e aí fui diminuindo, ahm, e essa semana também essa semana eu não cheguei a fazer nenhum dia, não tinha acontecido ainda, assim, não, também não sei explicar o porquê. No início fazia mais, aí fui deixando meio que de lado e eu acho que isso muito também é porque eu achei muito espaçado, esse tempo muito grande, talvez se tivesse tido essa sequência semanal, tu acabas recapitulando e conversando. Quando vê né, às vezes eu me esquecia... Eu utilizo as técnicas em casa, eu gostei muito

A minha prática tem horário, todos os dias às 17h30min e até as 18h eu estou ali dentro do carro ou caminhando agora no estacionamento. Em casa eu não tenho como fazer, é o gato passando, é o marido chamando, é televisão ligada, então em casa eu não consigo. Eu pratico em casa e como eu te falei, com o áudio eu, não sei, tenho a sensação, assim que, eu tenho um êxito maior do que... mas eu tenho tentado fazer as práticas só eu mesma, né, com o meu pensamento. Com os áudios parece que eu consigo alcançar melhor aquele objetivo, mas eu tenho conseguido. Porque a partir do momento em que tu vai ouvindo ali né, tu vai levando a tua atenção para aquilo que tu está escutando, e tu mesmo, assim, pensando, eu me distraio mais... Bem menos do que deveria ou poderia. Acho que sim, mas as informais, não, isso eu tenho prestado bem mais atenção na realidade. Mas as formais eu tenho feito muito pouco, muito pouco assumidamente. Eu não consigo praticar todos os dias, mas eu, é, tento manter uma frequência...mas eu pretendo implementar na minha rotina, mas eu gosto de fazer em casa, sozinha, quando eu estou sozinha, deixo o ambiente assim, tranquilo, escutando o áudio, sem o áudio eu não consigo fazer. Quando chega quinta de tarde, eu fico louca de vontade para vir para cá, quando eu chego na minha casa eu fico louca de vontade de fazer várias outras coisas também, né, então, ahm, tu tendo, se tivesse mais vezes, eu acredito que a gente teria maior capacidade de incorporar para realmente depois seguir uma rotina estabelecida e se organizar. b) Práticas Informais Eu acho que serviu também para desmistificar um pouco aquela história de meditação que a gente tem uma ideia de que é uma coisa só para quem é zen, só para quem vai... E não, meditação é uma coisa que a gente faz durante o dia, caminhando, na nossa prática diária, não é aquela coisa que tu tem que te recolher e ficar quieto, e que talvez tu não consiga. A hora que quiser tu vai lá e lança mão daquilo, sabe? Nem que não seja todo o dia, que não seja uma prática... diária, mas tu sabe que está ali, e que tu pode lançar mão daquela técnica, ela é fácil e tu não precisa de... de nenhum	do áudio da meditação, que eu gosto de deitar, ouvir um pouquinho, que eu consigo respirar, eu consigo alongar na cama, isso já fez para mim toda uma diferença. Ao chegar em casa... agora eu estou conseguindo chegar, sentar no sofá, né, respiro, dou uma relaxada. A respiração, né. A minha prioridade ao meio dia sou eu, eu vou em casa, almoço, aí eu deito, né, desligo. Eu acho que teria que ter uma pessoa que chegasse ali, né, todo dia. "Chegou o momento da ginástica laboral ou do relaxamento" ... porque se não... É, que aí tu deita assim, e aí tu opa, né, eu durmo logo em seguida, né, mas um pouquinho eu consigo. Quando eu me sinto mais tensa eu faço alongamento. b) Práticas Informais A gente consegue fazer isso naturalmente, às vezes executando um acolhimento, ali, a gente está em um momento de tensão, a gente consegue fazer sem ter que pedir uma sala reservada, engloba naturalmente o nosso dia a dia. Achei interessantes as técnicas né para a gente lidar com o estresse. Tipo respirar, eu nunca imaginei que trabalhando a respiração isso relaxava, nunca parava para pensar, mas relaxa mesmo. Eu acho bem legal, que a gente acaba lidando com a cabeça quente, eu acho que com essas técnicas a gente fica mais... tranquila, assim, a gente consegue mais pensar antes de agir. E as técnicas foram tão simples que eu consegui passar para outras pessoas, então meio que virou uma corrente, assim, todo mundo na minha volta está utilizando as técnicas, as pessoas estão mais calmas, então... mas como a colega falou, eu acho que precisa mais de alguns encontros... a gente precisa aperfeiçoar mais né isso para ficar mais natural. Na última reunião eu fui para o banheiro e respirei no banheiro. Risos Na hora do pega prá capar eu levantei, fui para o banheiro e respirei no banheiro. No trabalho já consegui. Quando eu vejo que eu
--	---

preparo, nem local É claro que a gente às vezes também tinha dificuldades no cotidiano para poder estar fazendo... as práticas como deveriam ser, mas igual, ahm, eu tive um aprendizado e consegui aplicar, né, muitas coisas e sentir que em mim teve um efeito positivo Uma coisa que eu procurei levar para mim, assim, no dia a dia, é colocar em prática o parar, né, então, sempre diante de uma situação mais tensa, eu, “epa!” Porque eu sempre tive, assim, um jeito mais impulsivo de reagir, né, então procurar antes de qualquer atitude, né, dar um tempo mais para pensar na situação e procurar observar mais. Ainda não estou no auge das práticas, mas captei muita coisa assim para mim, para o meu dia a dia, perceber, me perceber, perceber uma situação de cada vez e não sofrer por antecedência, então... ainda estou engatinhando... Eu acho que a gente pode praticar em qualquer situação, né, quando a gente está fazendo uma refeição, né, não foi isso que nós vimos aí, né, não só diante de uma situação de estresse, mas também diante de situações boas, momentos bons, né, mas é isso aí, a gente pode estar praticando o tempo todo, é só querer, né... o tempo todo dá para praticar.	estou começando a me irritar com alguma coisa ou com alguma... que algo está me incomodando, eu já uso as técnicas. Ou às vezes eu fico mais isolada, um pouquinho, respirando, dando um tempo, volto, né. Uso os exercícios da respiração e não me envolvo com as coisas que não dizem respeito a mim no trabalho. Acho que a questão mesmo que a gente falou, de abrir os horizontes, né, de se deparar com uma situação e saber lidar com ela, né, acho que pensar, “ah, agora vou respirar fundo, não vou responder agora, eu vou pensar como vou agir né?! Não vou no impulso.” Acho que isso ajudou bastante, já é uma mudança. Durante o dia quando tem uma tensão forte, assim, né. Estresse ou alguma coisa assim que tu tem que resolver na hora eu já usei também. Saio, estou ali na recepção, está bombando aquilo lá, “aí, só um pouquinho”, aí vou para o corredorzinho ali, “Colega o que tu está fazendo?” “Estou respirando”. Para poder voltar para lá também, tu volta mais... A respiração é um recurso para tu não explodir junto, né, porque daí perde a razão..
--	---

Em relação às práticas de *mindfulness*, podemos separar em dois distintos tipos, embora o mecanismo que perpassa essa categorização, seja o mesmo em ambos: práticas formais e informais. As práticas formais são os exercícios que demandam a reserva de um tempo e de um espaço específicos para serem realizados, como o escaneamento corporal, o *mindfulness* na respiração ou nos movimentos ou a meditação da compaixão, propostas no grupo de *mindfulness* e os relaxamentos (visualização ou muscular progressivo) no caso do outro grupo.

A frequência de práticas formais, embora não mensurada quantitativamente, mas verificado semanalmente, encontro após encontro de ambos os grupos pode ser considerada baixa, embora a adesão às propostas como um todo tenha sido alta. Conforme os relatos, é possível identificar que alguns sujeitos tinham mais disposição para a prática formal quando estavam no grupo do que em domicílio, afinal, além de estarem envolvidos em média, com oito horas de trabalho por dia,

muitos cursavam faculdade, tinham responsabilidades familiares e demais atividades que sobrecarregavam ainda mais o seu dia, corroborando observações identificadas na literatura (Foureur et al., 2013). Lembrando também que entre os seis principais fatores de consenso na literatura, que estão associados com reações de estresse ocupacional, a interface trabalho+casa soma-se a isso, especialmente quando há problemas advindos de muitas demandas do trabalho e somadas a importantes demandas familiares (Rout e Rout, 2002; Paschoal e Tamayo, 2005).

Semanalmente, foi possível observar que poucos participantes de ambos os grupos realizavam as práticas formais sugeridas após cada uma das sessões. É possível afirmar pelas observações e relatos que a grande maioria, praticou uma vez ou duas vezes por semana e algumas raras pessoas praticavam mais do que três vezes por semana. Estes dados estão de acordo com outros estudos sobre as IBM, ao salientarem que os participantes dos grupos muitas vezes não desenvolvem uma prática diária bem estabelecida em sua rotina, embora muitos relatem praticar algumas vezes na semana (Vettese, Toneatto, Nguyen, Wang, 2009).

Algumas justificativas como a falta de tempo ou a organização do tempo, cansaço, sonolência e falta de ânimo são as mais prevalentes e comuns na literatura para essa amostra (Morgan et al., 2014). Além destes motivos principais, foram destacadas: a falta de acesso a um espaço que julga adequado, dificuldade de fazer os exercícios sem estar com os áudios das práticas, esquecimento, dificuldades para realizar as práticas fora do grupo ou até mesmo a realização da prática apenas quando julga estar precisando para aliviar algum desconforto.

Embora as práticas formais sejam parte do processo para o desenvolvimento do estado de *mindfulness* e de relaxamento, ambos os programas garantem o suporte de como a pessoa pode fazer uso de práticas e alcançar o estado necessário em meio a sua rotina de vida. A prática formal ensina o mecanismo por detrás de ambos protocolos, no entanto, o uso dos mecanismos, no dia a dia pode garantir a redução de estresse, especialmente porque existem outras abordagens de compreensão do conceito de *mindfulness* que não o relacionam às práticas formais (meditação), como por exemplo, a de Ellen Langer (1990, 1992, 2014).

Embora as práticas informais sejam parte integrante das IBM, raras investigações experimentais dessas práticas ocorrem. Esta lacuna é lamentável

dado o objetivo da prática de *mindfulness* ser um envolvimento mais completo com as atividades variadas da vida (Hanley, Warner, Dehili, Canto e Garland, 2015). As implicações para esses achados são diversas e sugerem que *mindfulness* pode ser cultivado através de uma ampla gama de atividades, como sugere Hanh (1975).

Na perspectiva de Langer, *mindfulness* é caracterizado como uma capacidade humana universal que não depende da meditação para ser estimulada e desenvolvida. Nesse sentido, o estado mental de *mindfulness*, também descrito pela autora como *mindful attention*, pode ser obtido quando nos mantemos atentos ao presente, abertos às novidades, alertas às distinções, sensíveis às diferenças do contexto, e conscientes de múltiplas perspectivas. Assim, o conceito de *mindfulness* no modelo de Langer apoia-se em três qualidades chaves: criação de novas categorias (considerar diferentes classificações para a mesma coisa); abertura a informações novas (estar mais atento ao ambiente, percebendo-o de formas diferentes e estando atento às suas mudanças); consciência de distintas perspectivas (entender os fenômenos a partir de diferentes ângulos e interpretações). Por isso, dentro desta abordagem, *mindfulness* é um fenômeno psicológico que está diretamente relacionado a uma função cognitiva caracterizada por uma postura ativa em relação à mudança de pensamento e criação de novas categorias e perspectivas (Langer, 1990, 1992, 2014). Essa perspectiva está mais ajustada com as “práticas” de *mindfulness* na informalidade em como os sujeitos podem fazer uso do conceito em suas vidas diretamente, independentemente de tempo e espaço.

Os relatos a respeito da prática informal foram evidentemente mais frequentes nos participantes, dessa forma a maioria das estratégias ensinadas nos programas foram utilizadas predominantemente no cotidiano do trabalho ou da vida privada. Obviamente que cada grupo recebeu uma série de práticas distintas, mas é possível observar alguns relatos muito semelhantes a respeito da utilização da prática informal, como por exemplo, a aplicabilidade de recursos cognitivos para identificar a situação e não reagir a ela impulsivamente; o uso da respiração diafragmática, no grupo de relaxamento ou a pausa para se auto-observar, no caso do *mindfulness*, como um recurso de parada para escolher melhores formas de se comportar ou aliviar seu desconforto emocional diante de situações desafiadoras ou estressantes no trabalho. Quando o mesmo mecanismo psicológico empregado nas práticas

formais é empregado de forma informal, o benefício como a melhora do afeto pode ser bastante imediato (Hanley et al., 2015).

A relação entre a duração do programa MBI, prática diária e os seus resultados dependem de processos subjetivos. Em modelos mais clássicos como o MBSR, no qual o tempo considerável de prática diária é alto (40 minutos), esta passa a ser justamente uma razão para a não adesão ou declínio da participação. Isto levou alguns investigadores a abordar a questão de quanto tempo um programa com baseado em *mindfulness* tem que ter para que os efeitos positivos na saúde mental ocorram. Se uma forma curta de MBI também pode produzir efeitos positivos para a saúde, esta pode ser uma alternativa mais realista e atraente para certas populações que já têm um horário totalmente sobrecarregado o dia inteiro (Carmody e Baer, 2008).

A incorporação das práticas de *mindfulness* envolve algumas etapas e demanda prioritariamente uma série de fatores motivacionais, que engloba a motivação propriamente dita, intenções, expectativas e atitudes relacionadas à prática que determinam se e como as pessoas se engajam no restante do processo. Malinowski (2013), criador do modelo contemporâneo de compreensão dos mecanismos de *mindfulness*, descreve uma sucessão de etapas: treinamento da mente, realizado através da prática de *mindfulness*, desenvolvimento de processos mentais a partir da regulação atencional (atenção sustentada e controle atencional), que favorece a flexibilidade cognitiva e a regulação emocional. Com a manutenção da prática e aperfeiçoamento destes processos, uma mudança na atitude mental, caracterizada por um maior equilíbrio mental e atitude de não julgamento, é desenvolvida, que por sua vez resulta em benefícios, como o de bem-estar físico e mental e comportamentos mais conscientes. Os resultados reforçam essa ideia, os relatos indicam que a incorporação das práticas é um processo, que demanda disciplina e motivação, especialmente com educação continuada, demanda destacada por essa amostra, como proteção de sua manutenção das práticas.

Quadro 19 : Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Percepção sobre o Impacto da Intervenção, no pós-teste

<i>Mindfulness</i>
a) Melhorias nas relações interpessoais: Eu até percebi... uma melhora lá no nosso Posto, assim, estava havendo muitos problemas, assim, interpessoais, assim né, as pessoas não se... uma Unidade de... que tem bastante gente...eu percebi, até comentei com a colega que melhorou bastante. Mas pode melhorar mais ainda, né, se pudesse fazer cada... uma reunião de equipe, dar essa parada, de respirar, de meditar, dessa coisa, da compaixão..., até para a relação interpessoal ficar melhor. Olha, para mim, assim, foi... Um balde de água fria, assim, refrescou, né? Mas realmente... sabe aquela coisa de estar ali e você não consegue ver com clareza, hoje eu consigo ver com clareza, assim né, porque eu achava que eu estava errada... de ser assim, né, de ouvir e não querer me envolver com fuxico, com fofoca, com disse me disse, sabe, assim? Para mim proporcionou um grande bem-estar. Proporcionou uma melhora na relação na minha relação com as pessoas, no momento que eu não estou levando as coisas para o pessoal e estou tentando distanciar um pouco, assim. Tipo falou um negócio atravessado, de repente não é para mim: está com outros problemas, não vou levar isso para o pessoal. O problema daqui vai ficar aqui. Então acho que melhorou bastante essas coisas. Até com a minha filha, né. Porque ela está, eu estou muito mais presente para ela agora do que eu estava antes. Quando estou com ela, estou com ela mesmo. Então, não estou olhando televisão e dando comida ao mesmo tempo, sabe. Prestando atenção nela. Eu acho que melhorou muito, e eu quero continuar fazendo b) Autocompaixão: Comecei a me dar conta também, de coisas minhas né, de outras pessoas também da minha relação assim, de me respeitar mais também né... Uma coisa muito importante que eu acho, que eu não esperava que tivesse é aquela parte da compaixão né, e principalmente essa coisa de a gente se permitir ou aceitar que a gente erra. Que a gente... pode retornar, né, reavaliar, fazer tudo de novo... que, às vezes a gente é muito exigente com a gente mesma né, e isso é uma coisa muito importante nesse mundo cheio de estresse que a gente vive, cheio de cobrança... muita pressão para, para sucesso, para isso, para aquilo né, e aí tu... saber que, não, tu pode... errar ou pode não querer fazer determinada coisa, não ser exatamente do jeito que... o mundo quer que tu seja... é muito bom isso. ...eu comecei a ver de uma forma difer-, aliás, eu comecei a me olhar de uma forma diferente, a ter compaixão comigo, que era uma coisa que eu não me permitia muito, e... isso é uma coisa que eu agora comecei a... me permitir. A questão de se desejar... o bem sem se sentir culpado, porque... a gente tem direito de algumas coisas, só que a gente não percebe, e aí tu fica te cobrando, te sentindo culpada por causa do outro. A outra pessoa também tem, mas ela tem que perceber como a gente está percebendo que a gente tem alguns direitos e a gente tem que usufruir, né, a gente quer... a gente deseja para os outros, mas o bem não se auto deseja o bem, né. Isso eu também estou percebendo agora, sem me sentir culpada. Com certeza acho que para mim contribuiu muito, assim. De notar as coisas em mim mesma. De notar, tipo que algumas coisas são ansiedades minhas e não são coisas que estão cobrando no serviço. Então, se permitir não dar conta de algumas coisas que não tem como dar conta, se tu é uma pessoa e não 20. Então, assim, de não se exigir tanto, porque não dá, não tem condições. Eu teria que ter uma carga horária de 400 horas. Então, se dar conta disso, assim. Que tem um limite. Aprender a dizer não, de não antecipar as coisas. Acho que é talvez o ganho mais importante para mim, tenha sido esse de não acumular as bolsas (sofrimento). De não antecipar mil coisas que podem acontecer, sendo que não é real. Acho que esse controle, assim, controle, né, entre aspas... essa coisa de se dar conta disso, que não é tudo isso que eu... é uma coisa bem menor e deixar

ela do tamanho real, é bem importante para lidar com o stress.

Hoje, assim, eu entrei muito cansada, com muita dor e tal. Eu já estou melhor do que eu entrei aqui. Acho que esta questão do compartilhar, de se espelhar e de ver os outros. E até eu tive uma coisa contra... Eu vim mais buscando para mim mesma, de vim como uma busca pessoal para minha vida particular, e eu utilizei enormemente no trabalho, muito mais do que eu estava imaginando que eu ia usar, né. Tipo hoje tu tem 500 pessoas te demandando e eu estava muito acostumada a dar esta atenção achando que estava fazendo o bem, né, porque enfim era o que dava, fazendo tudo. E acho que agora estou conseguindo falar mais "não", que é uma coisa que eu, né, que até na semana passada eu escrevi no curso, assim. É olhar e dizer não para as pessoas, né. Porque se a gente não diz para as pessoas, a gente diz para a gente, né. Então, estou muito grata, né. E também acho que recém comecei. Assim, me sinto bem isso, assim

Eu acho que eu estou me culpando menos, me culpabilizando menos, assim, tipo... bah, fiz o melhor que eu pude, e tal. Que eu tenho essa tendência sempre, né, o chicotinho, né. Então, acho que isso foi um grande ganho que eu tive.

De estar mais consciente, de quando é possível ou não, de poder se respeitar, quando se pode mais ou menos, né. Tem dias que a gente pode mais, tem dias que a gente pode menos, né, "Não estou atenta, hoje estou desatenta". Pronto, então, está, hoje estou desatenta, é o que tem para hoje, então é bom eu procurar... eu não fazer coisas que eu preciso de uma atenção tão grande, já que eu não estou conseguindo.

c) Afeto:

Eu me sinto menos angustiada assim, menos pessimista, eu era muito, muito pessimista, e eu me sinto melhor, assim, eu também comecei a fazer atividade física, eu acho que isso me ajudou bastante também... Tem uma paz, assim, interior, diferente de antes.

Me faz muito bem, me ajudou bastante a ter mais tolerância, a ser mais tranquila, aceitar as diferenças, assim, então acho que para o meu dia a dia, principalmente no meu trabalho foi uma coisa que me ajudou e eu senti visivelmente que eu mudei bastante.

No meu caso diminuiu a ansiedade em algumas situações, é... eu tenho conseguido suportar melhor reuniões da Secretaria. Isso é um dado de ganho de saúde mental incrível! (risos) acho que tenho me preocupado mais com a saúde e ainda não tenho exercitado o suficiente, o que eu deveria fazer. E tenho tido mais consciência das coisas, isso com certeza, com certeza, estou funcionando muito menos no automático com certeza.

Eu me sinto melhor, assim. Eu consigo lidar melhor com as dificuldades e até com as coisas boas, assim. O meu dia-a-dia tem se tornado mais leve.

É, bem-estar, essa questão de estar mais focado. Redução de ansiedade, para mim que estava sempre pensando no dia seguinte gerava ansiedade, só a questão de não sentir mais aquela ansiedade, já... dá vontade de querer continuar.

Senti uma mudança no meu formato de trabalhar com as pessoas, aprendi a ter um autoconhecimento, a enxergar algumas coisas de uma maneira diferente sem tantos julgamentos e estou conseguindo, assim, ter uma satisfação maior, um prazer maior até em pequenas coisas, acho que está refletindo no ambiente de trabalho e na vida pessoal.

Em relação aos pacientes eu também ficava ansiosa: "tem muita gente, tem que atender rápido e tal". Mas aí, eu nem me dei conta que se foi do *mindfulness*, mas sei que mudou nessas últimas semanas, apesar das doenças, que eu estava bem irritada com a rinite e dor de cabeça, mesmo assim eu pensava: "elas estão aí, vai esperar e vai atender no horário que eu puder, na minha velocidade..." Eu fiquei mais tranquila, assim, em relação a isso. Eu não fiquei me cobrando tanto, eu acho que mesmo assim eu ainda tenho né, ansiedade, mas menos que antes.

d) Capacidade de Observar:

Na minha experiência, tendo essa capacidade de observar as coisas do exterior e não sofrer tanto com isso, tu poder fazer, aquilo que eu falei, a palavra que eu usei, equalizar um pouco mais as coisas, isso, porque as vezes, muitas vezes, as coisas batiam em mim de uma maneira e eu levava aquilo, ficava sofrendo, então eu acho que agora não, eu consigo mais, ahm, conseguir perceber as coisas e não sofrer tanto, dar o devido valor para as situações, né, ahm, eu acho que é isso, é uma maneira de ver as coisas que tu não, não sofra tanto e consiga te manter mais íntegro e saudável diante de vários eventos.

Eu procuro saborear mais cada situação da vida, né, então isso acaba sendo mais prazeroso, assim, as situações que antes eram rotina agora eu estou dando uma... uma atenção diferenciada, então aquilo se mostra mais prazeroso, né.

Atenção aos detalhes, isso é uma coisa que... foi aflorado .. detalhes que no dia a dia a gente vai passando despercebido, que a técnica de observar então as pessoas, o local, o ambiente, as falas, isso daí eu não fazia, não que eu não prestasse atenção, mas eu não parava para prestar atenção, não julgando ou deixando de julgar, mas observar e isso a gente não costuma fazer, isso que é uma prática que eu comecei a fazer depois... de estar atento até às reações nossas, os sentimentos, as coisas que passam, as palavras que voam, tudo a gente fica mais ligado, foi o que me deu impressão que é parte do *mindfulness*.

Eu achei tão importante, ahm, parar para pensar nas coisas que a gente faz no automático, sabe? Eu achei, assim, grandioso isso porque tu começa a pensar assim que tu come às vezes super rápido, tu não sente direito o gosto das coisas, as vezes tu está tomando banho e aquilo é uma coisa tão natural e tão corriqueira que tu nunca parou para pensar, assim, na água, sabe... É uma coisa que... todos os dias, assim, eu acabo prestando atenção em alguma coisa que antes por mim passava tão despercebido e aquilo se torna uma coisa importante, sabe, ter um outro olhar para aquilo que eu estou fazendo.

Se eu conseguir fazer mais, eu acho que vai ser bom para mim. Também tenho essa coisa, de, acho, de eu conseguir me dar conta tipo antes de ter de ficar toda contraturada. Muitas vezes digo: bah, estou começando e aí conseguir tomar uma atitude...

e) Regulação Atencional e *Mindfulness*

Para mim me ajudou muito também no sentido... eu sou devagar, eu sou calma... mas eu sempre ando com a cabeça no mundo da lua né, sempre pensando no dia de amanhã, nunca estou aqui, estou sempre com a cabeça lá...então assim, me ajudou no sentido de...prestar atenção no agora, no aqui e no agora... Quando a mente começa a querer ir lá para o outro dia ou para daqui a uma hora, "Pára, foco no que está fazendo!" ... eu consigo agora me dar conta de que a mente está querendo ir e aí Pára, foco! Risos

Gente, meditar... ficou tão fácil que nada mais é do que se observar! Em um momento, eu pensava assim óh, eu não posso pensar em nada, mas não, não existe vácuo no Universo, acho que tem um pensamento, né, então assim, absolutamente não pensar em nada realmente é impossível, né, e como é que eu vou fazer uma coisa impossível né? E eu tinha que direcionar a minha atenção para alguma coisa, e na meditação ficou fácil porque daí direciona para a respiração, direciona para o escaneamento, direciona para algumas outras, né, mas em algum lugar tu vai estar focada, presente em um ponto e aí tu dirige o teu pensamento e isso é acessível para qualquer pessoa.

Eu chamo a cabeça pra voltar. Ela se foge. às vezes estamos fazendo uma coisa assim muito concentrada que ela já tá lá, "volta pra cá, tu está aqui, não tá lá!", "tu tá no serviço, não tá em casa, em casa não tá no serviço. Volta e se concentra". Porque já estava não sei aonde "volta, tu tá fazendo isso aqui agora, vamos pensar no agora, depois é depois".

Eu tenho prestado mais atenção. Mas quando eu também não estou prestando atenção, eu estou vendo que eu não estou. Eu acho que só isso já é uma coisa, né, tipo: agora eu estou mesmo olhando celular, eu estou olhando a televisão, eu estou fazendo um monte de coisa ao mesmo tempo. Mas essa é a minha intenção, então está. Agora não quero mais, agora vou fazer uma coisa, e depois a outra. Eu acho que agora eu me sinto mais presente. Eu consigo prestar atenção mais nas coisas que eu estou fazendo.

Eu tenho aplicado bastante em casa também. Com os meus filhos ... eu me dei conta várias vezes de estar sentada com a minha pequena brincando e... passar a mão no telefone porque eu estava pensando que eu tinha que passar uma mensagem, daí eu largo, "não, agora eu tô brincando" (risos) né?.

O que eu notei é que mesmo não estando sempre com a mente presente, eu consigo me dar conta quando está no automático mais vezes do que antes, assim, muito mais.

f) Regulação Emocional, não reagir impulsivamente e agir com consciência

Eu acho que a gente aprende né, no respira, tu está em uma situação assim em que tu quer comer alguém, fritinho, né, tu respira, né, começa... a ter uma consciência de... né, normal, vai aprendendo a controlar o teu corpo, né, porque como eu sempre falei né... ah eu, né, meio explosiva, meio, toda, nem sei...né isso amadurece a gente. Eu colocaria que seria um equilíbrio assim, óh, a nossa mente, nós podemos controlar as nossas reações....Respira, pensa o que tu vai falar, né, para depois tu também não ouvir o que não te interessa né

Mais clareza do que vale a pena ou não investir naquele momento, Né, porque, às vezes a gente está brigando contra os momentos dos outros e os nossos e daqui a pouquinho ter um pouco mais de lucidez para né... É do outro, não é meu... e aí poder... se preservar mesmo...e aí se fazer uma retirada saudável, não uma retirada sofrida, né...

Eu acho que estou bem...mais objetiva no trabalho... E até meio fechada assim, sabe? Meio antipática um pouco mais.... Não! (risos) Mas é questão assim óh...de objetivar mesmo, de né "não, agora eu não vou me envolver nisso aqui... Ai, aquela briguinha... não vou começar...

Eu mudei no Posto e eu mudei em casa também, de não carregar a minha ira... chegar em casa chutando tudo, eu não faço mais isso. Saí do Posto, eu posso ter ficado com aquela situação, eu vou trabalhar ela, mas quando eu chegar em casa, eu já...esqueci. E eles já não sabem mais o que acontece dentro do Posto, se eu estou discutindo, se eu estou brigando, se, ahm, eu estou sendo ameaçada ... hoje eu já penso diferente, se alguém me ameaçar, que não estão mais me ameaçando, eu vou pedir para sair daqui e vou para outro Posto, mas eu acho que agora eu consegui ter o respeito, até porque eu estou fazendo que nem... falando baixinho, baixinho, e estou sendo menos agressiva, pelo menos na gritaria e eu acho que as pessoas estão começando a ver que não adianta e eu estou começando a ver que também que não adianta brigar... isso foi muito importante para mim.... Agora estou mais tranquila, também observo mais, eu não deixo a coisa chegar como antes eu deixava, eu acabava me metendo na briga dos outros, acabava fazendo... que a pessoa saia e eu ficava brigando por ela, e depois eu ficava pensando "Mas que idiota que eu fui! Por que me meti na briga dos outros?" ...e agora eu não faço mais isso.

Teve uma coisa assim, que me passou, que eu acho interessante. Estar em um estado mais meditativo que se chame, não quer dizer desresponsabilização, então assim, é a forma como eu vou, né, me dedicar ao meu trabalho, absorver sem tanto sofrimento né, não é descomprometimento, desresponsabilização, é uma outra forma de atuar.

A gente consegue estabelecer, assim, parar e pensar e estabelecer uma relação, né, entre o estresse e a atitude que tu vai tomar com aquela situação.

Nunca parei para pensar, assim né, que podia fazer meditação, relaxar e ter aquele momento meu, de olhar para mim e me preocupar em relaxar e ter essa descontração né, então toda quinta feira, é uma rotina tão boa e traz aquele olhar, assim, de olhar para a gente mesmo né, enxergar e fazer pequenas coisas que a gente passa tão automático e não percebe, né, trouxe essa percepção e também de viver aquele momento com mais calma, sem aquela tensão, sem querer resolver tudo de uma vez só, eu acho que eu aprendi que eu tenho que fazer uma coisa de cada vez, com calma, no seu tempo, no seu momento, né, então não adianta eu ficar atropelando, às vezes eu tinha uma angústia, uma frustração de querer... principalmente no trabalho né, tenho aplicado e usado isso principalmente no meu trabalho, tinha muita ansiedade para resolver as coisas e hoje eu consigo ter mais tranquilidade, enxergar que vai ter um momento em que eu vou fazer e outro que não e que também não vai me causar

nenhum mal por conta disso.

Eu estava com uns atendimentos, aí fui olhar, estava acabando de evoluir o paciente... e aí eu disse, "Ai! Mas eu vou lá dar uma olhadinha nos atendimentos para ver se já não tem um outro que já está aí". E aí eu pensei: "mas o que adianta, eu vou terminar esse aqui e depois eu olho se está, eu não vou fazer tudo correndo". Se fosse antes eu já ia lá na hora, direto olhar e já ia chamar outro e deixar algo pendente, "quando der eu faço depois, né", e hoje foi interessante.

Me dar conta do quanto a gente está no automático, assim. Uma coisa para mim, uma coisa bem marcante, foi a coisa de desligar os dados móveis do celular e o wi-fi, né. Para mim marcou muito isso, porque eu percebi que eu chegava em casa e a primeira coisa que eu fazia, era ligar a televisão e ficar na internet... E agora, não. Agora já vou no ônibus mentalizando o que tenho que fazer quando chegar em casa, né, bem tranquila chego faço minhas coisas. E depois, se eu quiser, vou olhar a televisão ou mexer no celular...

g) Descentramento e Redução da Ruminação Cognitiva:

Não é bem controle assim a palavra, eu acho que é observação, porque tu pode até estar te sentindo mal, assim meio que, mas... assim, é como se tu, tu sabe, daí tu fica olhando lá assim: "sinta-se mal (risos) ok" (risos) Não se deixa de estar mal! Mas essa capacidade de tu poder né, observar... Não bloquear né... "Está bem. Estou mal", super bacana... (risos).

...valorizar, ahm, mais as coisas positivas... estou mais seletiva nas coisas, então coisas que antes poderiam estar me prejudicando ou me tirando o equilíbrio, aquilo já, não sei se eu consegui fazer uma barreira, mas eu estou mais fortalecida para que coisas que fossem negativas e que poderiam me desestabilizar, não estão me desestabilizando, né, acho que esse equilíbrio, não sei se a prática, a maneira de encarar as coisas me deixou mais estável diante de eventos que poderiam me estressar anteriormente. Além da saúde mental, na saúde física também. E fora as caminhadas que eu tenho feito né.

Conseguir administrar essa minha ansiedade., o estresse, com as preocupações, com tudo, assim...eu me sinto melhor nesse ponto né, as coisas continuam acontecendo, mas... parece que a gente sabendo administrar elas um pouco melhor, fica mais fácil né.

Uma outra coisa muito importante que eu notei é que eu levava muito do trabalho para casa, não o trabalho em si para realizar em casa, mas as coisas que aconteciam no trabalho, aquilo eu acabava levando para casa, estendendo aquele problema né, e agora eu estou conseguindo, não digo assim 100%, mas... uma parte muito grande, ahm, terminar o meu horário ali e deixar o trabalho, né, e conseguir começar a viver a minha vida em família, né. Isso é uma coisa que me beneficiou muito e que deu um reflexo dentro da própria família, assim, porque o marido e os filhos, mesmo sem eu falar, eles começaram a perceber isso, né, então às vezes eu, a gente sempre conversa. "Como é que foi o dia?" Ah, foi legal, mas quando tinha alguma coisa desagradável, eu ficava meio que repetindo aquela situação e alimentando aquilo ali, né, e vendo o que é que eu posso fazer amanhã, né, eu devia ter feito isso que eu não fiz, eu devia ter tomado aquela decisão e eu não tomei e agora eu consigo dizer "Não, terminou o meu horário de trabalho, né. Então agora vai começar uma outra etapa. Então amanhã quando eu voltar, eu volto aquilo que ficou pendente e vejo o que é possível fazer". E isso me ajudou assim... muito.

Por exemplo ontem eu estava na minha casa, às dez horas da noite veio um whats de trabalho, né? Eu fui ler a mensagem antes de dormir. Aí eu fiquei pensando "ah, eu não posso esquecer de amanhã passar essa orientação pra equipe" porque por ser- com certeza não mandaram por e-mail e eu vou esquecer pelo whats, né? Posso esquecer. E aí eu fiquei com aquilo me perturbando pra aí na hora de dormir pensando nisso, me preocupada com essa... situação, né? aí eu lembrei do curso e pensei "não, amanhã tu vai resolver isso, agora tu vai dormir, agora tu tá na tua casa, esquece isso aí".

h) Outros

Eu acho que o meu sono melhorou um pouco, eu, eu já fui bem pior para dormir, mas daí assim, meu sono estava melhor, mas eu acho que agora está melhor ainda.

Meu sono melhorou também... Eu continuo acordando de madrugada, isso aí... eu acordo, durmo, mas estou dormindo eu acho com uma qualidade melhor. Eu posso estar enganado, mas é minha impressão, acordo mais tranquilo, não acordo tão atucanado, sempre antes do despertador.

O acidente de trabalho que tem diminuído bastante, comigo! Que eu tinha um por dia...

Focar melhor, eu acho que nesse sentido assim, ser mais objetivo... de... de focar a energia naquilo que realmente...a gente vai ter resultado...

A gente percebe que os colegas que não tiveram a oportunidade, de ter, né, estar aqui com a gente continuam na mesma e a gente acaba percebendo, eu tenho muito isso, “muita calma nessa hora que tudo vai dar certo”,né, porque daí acaba que tu tem que passar um pouquinho para a equipe essa tua calma, porque tu vê, é que eles não sabem, mas a gente vê o quanto é bom tu estar mais, tu baixar a bola um pouco mais, né, então, por isso que eu digo, o bom era se todos pudessem fazer, eu acho que seria bem melhor, até os pacientes iam gostar.

Despertou meu desejo para dedicar um tempo a alguma atividade que tenha como foco isso, como a yoga que pretendo fazer.

Muitas coisas, eu enxergo como uma questão social, né. De tudo que a gente já conversou aqui nos encontros. E este mundo está muito louco e então, claro, assim eu sou a responsável pelo meu comportamento. Mas eu acho que em grande parte é devido de como a sociedade e as coisas estão se dando de um modo geral. Então, eu busco como um freio, assim, para tentar navegar contra isso, que eu senti que vai dar por que... Está horrível, assim, eu acho que a coisa ele tá indo por um caminho muito... muito conturbado, muito automático, muito estressante. Então, é justamente para nadar contra, assim.

Eu me identifico com essa coisa, assim, de resistência, assim... uma coisa meio de guerrilha, assim... de , enfim, de se manter mesmo, de estar, de não se deixar levar pelo... por esse fluxo que não está legal. Tentar se deixar levar por um fluxo mais, assim, que faz sentido para mim, né. Acho que isso me ajudou muito em coisas de relação. E na verdade o primeiro para mim, eu fiquei muito mal. Primeiro por causa da, da, de justamente, até cair a ficha de que enfim que eu estava fazendo muita coisa. Que de como minha rotina é pesada. De como é exigente e que muitas vezes eu não estava ouvindo esta exigência em mim, né. Então, este é o primeiro momento. Depois, foi possível, através disso, eu começar a fazer algumas questões para poder gerenciar. Por que não era uma questão de estar sendo sensível né. Não é possível, né. E aí de repente uma pessoa consegue ter uma carga de trabalho enorme, por que não se coloca em contato. Agora eu me coloco em contato. Então para mim está saudável, e eu preciso respeitar esse limite, por que eu não quero diminuir a capacidade de contato.

E eu comecei a observar nos meus pacientes que às vezes eles chegam com aquela ansiedade, sabe?! E aí eu começo a conseguir baixar às vezes a ansiedade deles “calma, a gente vai ver...” Sabe? Eu acho que foi isso foi muito bom para mim também para o lado profissional, pessoal e tudo, né.

A intenção o tempo todo enquanto eu estou aqui é levar para a Unidade de Saúde, né, pensando nos colegas, pensando na equipe... porque.... A gente se sente... um bem-estar e gostaria de poder levar para os outros... dividir...

Relaxamento

a) Nas relações interpessoais:

A função da colega “cobra”, gente! (risos). Tranquilamente né, ai hoje em dia, ai se ela está lá, está, se não está... sabe? A gente consegue desligar totalmente e bah, foi maravilhoso! Desde o começo, né, meu problema, meu estresse seria a minha colega, mas isso aí hoje em dia já aprendi a lidar diferente, eu já estava tentando e com esse grupo aqui foi bem mais fácil.

Eu acho que ajuda a entender um pouquinho também os colegas né, as diferentes personalidades, assim, e tal, posturas diante de, de um conflito.

Eu acho que é um grupo de autoconhecimento, a gente se reconhece e conhece os outros também né, é uma coisa bem de autoconhecimento, assim.

Me ajudou muito quando eu cheguei eu estava com muita raiva, impaciente e brigando com todos colegas, agora até estranham, tô bem, me elogiaram.

Consigo manter o que eu tenho para falar com uma peneira agora. Meu coordenador ele disse... “tu tem que falar em uma reunião como é que é os negócios lá” ... no fim pelo menos eu consegui ...interagir mais em reunião.

Ajudou bastante a organizar os meus pensamentos, porque como a minha unidade é muito difícil, todo mundo lá só fala mal um do outro e sempre tem aqueles que ainda além de falar mal dos outros, querem que tu concorde com o que eles falam. Então, assim, eu estava explodindo, porque... absorve de um, absorve de outro, não sei o que, então isso acabava prejudicando a mim e agora eu estou conseguindo deixar para lá, eu estou vivendo a minha vida, como eu digo, é o meu pensamento, o que eu penso e está pronto, não levo mais para casa... eu acho que o que eu precisava mesmo era, assim, um espaço para botar para fora, porque lá não dá para botar para fora isso. E aqui todo mundo me ouviu, todo mundo deu opinião me disse “faz isso, faz aquilo, então, realmente mudou muito e foi bem gratificante nessa parte”. Desestressou bastante, tanto que todo mundo percebe lá, mas tem... continua a mesma equipe, continuam as mesmas funções, mas eu mudei.

.... até em casa, né, a situação do cotidiano, né, que eu tenho filho pequeno, marido, eu estudo, trabalho, faço um monte de coisas. Para mim, assim, eu me vejo diferente e as pessoas já me olham diferente porque eu sempre fui uma pessoa aparentemente tranquila, porém em um momento de estresse, impulsiva, falava na hora que eu achava, doesse a quem doer, aí as pessoas se surpreendiam... Só que agora eu não chego mais nesse limite né, eu já vejo quando eu estou começando e já consigo parar, pensar e as coisas se modificaram.

b) Autocompaixão

A principal vantagem para mim foi se permitir de existir um momento meu, de existir um momento para mim, eu me perceber com as minhas dificuldades e tentar resolver elas de uma maneira simples, né, que é a de tentar relaxar e respirar. Esse sentimento de culpa, assim, de estar cuidando de mim ao invés de estar trabalhando é uma coisa que eu consegui extinguir.

Então eu comecei a me dar conta, né, de fazer algumas e começar a selecionar o que de fato é prioridade. Não que as outras coisas não sejam, né, mas, ahm, dar mais atenção para mim, né, para o meu descanso, né.

Eu preciso repor minhas energias, eu tenho essa necessidade, agora tenho que sair fora um pouco, 1 hora para mim já é o suficiente no intervalo de almoço.

c) Afeto:

Nos deixa assim mais tranquilas.

O que eu mais aproveitei foi a auto percepção do estágio de ansiedade, para a gente conseguir se identificar e tentar relaxar a tempo.

Eu estava muito tensa, estressada, no início nem conseguia fazer os exercícios, lembra que eu dizia que não respirava... então eu sei que o problema sou eu porque meu nível de ansiedade está muito alto... a minha ansiedade é tamanha que o programa, que é um programa que te faz te acalmar, que te faz relaxar, só que assim para tu conseguir, do jeito que eu estava, leva mais tempo.

Tu consegue ver aquilo, aquela realidade de uma maneira diferente, né. Tudo aquilo que eu estava

pensando daqui a pouco, é um pouquinho mais leve, né.

d) Outros

Eu levei para a sala de aula né, no curso que eu estou fazendo, e a primeira vez eu falei, apresentando um seminário, ah, vamos tentar fazer, e agora disseminou tanto que às vezes antes das provas o pessoal fala “ai gente, vamos parar e fazer a respiração da Raquel”. É isso, assim, né, de eles verem em ti algo que mudou e... as pessoas mesmo começam a fazer.

Para mim particularmente me fez muito bem, né, me abriu um leque de opções, eu me sinto bem mais preparada assim, reconheço, consigo reconhecer o meu corpo quando ele, né, ele sinaliza, eu consigo sentir, né, ah, até em casa eu estou melhor, as pessoas perceberam, assim, que eu estou diferente e como isso contagia no ambiente familiar.

A questão que eu vivia em um roldão assim, e que agora eu posso identificar os momentos que eu estou mais ansiosa, eu sou extremamente ansiosa, eu sou extremamente TOC, né, eu preciso ter controle de tudo porque senão eu não me sinto segura, e eu com esses 4 encontros, com os relaxamentos, eu consigo agora desconectar do estresse, porque eu era conectada 24 horas e agora eu consigo identificar "opa, perai" e eu consigo me afastar, isso para mim foi extremamente forte.

Todos os fatores citados, na análise qualitativa, em relação a percepção dos efeitos positivos da intervenção de *mindfulness* corroboram achados anteriores de Morgan et al. (2014) ao avaliar a experiência dos profissionais de saúde após o treinamento de *mindfulness*. Para isso os autores realizaram uma revisão, sintetizando artigos qualitativos publicados sobre as experiências dos profissionais de saúde e do total de quatorze estudos relevantes e de boa qualidade metodológica, apenas três eram compostos por amostra semelhante a este presente estudo, e desses, dois utilizaram a análise temática como metodologia de pesquisa, enquanto os demais estudos envolveram estudantes de diversas áreas da saúde, psicólogos clínicos e assistentes sociais, predominantemente, mas interessante destacar que também apresentara vivências e avaliações a respeito do programa muito semelhantes aos resultados a seguir.

Dentre os benefícios, a melhora na qualidade das relações interpessoais entre colegas e na vida pessoal e redução dos conflitos no ambiente de trabalho, devido a redução da reatividade emocional, o alívio e redução dos sentimentos de culpa e autocobrança exageradas e aceitação dos limites pessoais, garantindo uma mudança na forma de lidar com a sobrecarga de trabalho, já que ela se mantém. Especialmente, porque é reconhecido que os mecanismos pelos quais as habilidades de *mindfulness* trazem benefícios referem-se à mudança da relação com

a experiência, não necessariamente na mudança da experiência em si (Teasdale e Chaskalson, 2014).

Diversas falas destacam a importância do aumento de autocompaixão e seus consequentes benefícios promovidos pela mudança na forma de se tratar com mais respeito e consideração e menos culpa e críticas que perpetuam o sofrimento do profissional da APS (Durkin et al., 2016, Raab, 2014; Shapiro et al., 2005). Um benefício que costuma se estender com o desenvolvimento de autocompaixão, embora não mensurado nesse estudo é que melhora a compaixão pelos outros (Gustin e Wagner, 2013; Durkin et al., 2016, Patsiopoulos e Buchanan, 2011). Além disto, a melhora no afeto, atenuação do afeto negativo e surgimento de estados emocionais mais positivos, como tranquilidade, bem-estar, satisfação e condições de apreciação do momento (Irving et al., 2009 e Burton et al., 2016).

Outro benefício referido foi o desenvolvimento de uma maior regulação emocional, garantindo condições dos profissionais conseguirem se acalmar, quando necessário; e um melhor manejo de emoções desconfortáveis e controle da impulsividade, gerando condições de escolhas de respostas comportamentais mais assertivas, flexíveis e ajustadas ao contexto. Além disto, uma melhor regulação atencional, com relatos que ilustram a capacidade de notar mais fácil e rapidamente as distrações e reorientar seu foco atencional para o que era mais importante no momento, ajudando a estabelecer prioridades (Morgan et al., 2014, Frisvold, Lindquist e McAlpine, 2012).

Outros impactos, também confirmados quantitativamente, foi a redução da ruminação cognitiva, tão referida pelos profissionais, especialmente na etapa pré-intervenção, de não conseguir interromper o fluxo de pensamentos a respeito de eventos vivenciados no contexto de trabalho, concordando Jain et al (2007) e um aumento da condição de descentramento, ou seja, conseguir observar estados emocionais e pensamentos sem se deixar afetar por eles, principalmente quando desconfortáveis (Josefsson et al., 2012), uma habilidade essencial aos profissionais da APS, tendo em vista que a possibilidade de observar e desengajar de uma avaliação inicial de um evento estressor, garante menos reações automáticas (Garland, Gaylord e Fredrickson, 2011), promovendo a possibilidade de responder ao meio de forma resiliente, outra habilidade mais pronunciada em indivíduos com

traços de *mindfulness*, já que esses, a princípio, se engajam em menos rumações e preocupações (Shapiro et al., 2007; Verplanken e Fisher, 2014) mantendo uma perspectiva orientada para a resolução de problemas.

Alguns outros efeitos são referências de melhoria no sono, melhor atenção no trabalho e redução de riscos de acidentes, compaixão pelos colegas que não tiveram a oportunidade de acesso às estratégias aprendidas e alguns movimentos de tentativas de uso das técnicas com colegas e usuários.

No caso do grupo de relaxamento, alguns benefícios se assemelham aos do grupo do *mindfulness*, como uma melhora nas relações interpessoais no trabalho, inclusive percebida por terceiros, como algumas chefias de unidades, somado a isso, algumas mudanças no afeto, maior sentimento de autocompaixão e resiliência, boa regulação do estresse e adoção de atitudes de autocuidado, o que corrobora resultados encontrados em variadas intervenções para a promoção de saúde dos trabalhadores que mesclam as técnicas sugeridas a esse grupo (Robertson, Cooper, Sarkar e Curran, 2015; Murray, Murray e Donnelly, 2016).

Quadro 20: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Sentimento de Injustiça, no pós-teste

<i>Mindfulness</i>
A gente está dentro de uma secretaria, cuidando de pessoas adoecidas e...só que a gente é robô né, ninguém aqui é gente, né, ninguém adoecer, né? A gente cuida dos outros, mas ninguém cuida da gente. E... isso é muito infeliz, assim, né, e as pessoas só te exigem, te demandam, e elas não estão preocupadas em como está a tua saúde mental, né. Se tu está ali, tu tens que trabalhar, né A gente não tem nenhum setor que...aliás, tem né, para o pessoal da SMA tem umas atividades de qualidade de vida, mas elas funcionam na sede da SMA, e aí tem yoga na sede da SMA, aí tem algumas coisas na sede da SMA, então, legal, né, para a sede da SMA, mas... (risos) mas a gente não tem absolutamente nada. Nada de saúde do trabalhador. Eles não conseguem ter a percepção de que o número de absenteísmo que tem e a maioria é afastamento por saúde mental, então isso é muito grande, a maioria dos atestados, a maioria dos afastamentos por INSS e mesmo assim é uma área que parece que é invisível, né, que eles não dão bola para o trabalhador.
Relaxamento
Eu acho que deveria ser algo realmente implementado da saúde do trabalhador porque é desumano assim o que a gente passa, a saúde mental da gente fica de lado.... Tu não tem o espaço de cuidado que foi proporcionado para nós aqui, um espaço de cuidado, né, e principalmente o momento atual que a gente está vivendo dentro do sistema público, né, é uma coisa assim meio desalentadora e aqui tu consegue fazer um grupo de parceiros, né.

Infelizmente, com o encerramento do trabalho, em ambos os grupos suscitou, novamente, um sentimento de injustiça, especialmente porque se trata de uma pesquisa e não de um trabalho continuado, tal como é a demanda dos profissionais em estudo para si próprios e para seus colegas, frequentemente lembrados como pessoas que também poderiam se beneficiar das experiências. As falas surgiram espontaneamente nos momentos em que se debatia os efeitos das intervenções e as percepções sobre as mesmas. Por esse tema ter se repetido, podemos inferir que não houve efeito Hawthorne interferindo no estudo.

É possível que as próprias intervenções do estudo tenham contribuído para essa tomada de consciência: do quanto necessitam do cuidado e o quanto esse cuidado pode trazer benefícios ao contexto de trabalho, principalmente porque muitas expectativas, dos grupos focais no pré-teste foram contempladas no pós-teste, o que chama a atenção dos trabalhadores para a esperança de que algo possa ser feito. A possibilidades da melhora dos sintomas de estresse no trabalho, contrastam com a realidade da falta de acesso a cuidados preventivos, por isso, talvez, essa experiência, em algumas pessoas, eliciou sentimento de revolta.

As expressões de indignação, possivelmente, devido à falta de um olhar que valide, compreenda e respeite a experiência do sofrimento do trabalhador é recorrente, predominantemente porque julgam que alguns servidores, de outras secretarias tem um acesso privilegiado ao cuidado que eles não têm e desejam obter. Justamente por essas razões é importante que se faça cumprir as normativas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que destaca entre os seus propósitos o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Quadro 21: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Barreiras, no pós-teste.

<i>Mindfulness</i>
Barreiras a) Preconceito: Já me disseram que era besteira isso aí... entendeu?! Eu tive que... segurar! Eu fiz aquele (exercício) dos 3 minutos, rapidinho, em uma reunião de equipe, eu primeiro expliquei qual era a lógica e convidei quem quisesse fazer parte poderia fazer, mas quem não quisesse poderia sair que não tinha nenhum problema, né... tiveram várias pessoas que saíram, entende? Então assim, até que ponto tu tem uma cabeça aberta o suficiente para introduzir essas coisas novas que são vistas de outra forma? Eu vejo que ainda existe às vezes um certo desconhecimento, como assim, tu vai para um canto meditar, como, o que é isso? Sabe? Então as pessoas ainda têm um certo preconceito e eu digo, “não, eu vou sair agora e vou ali fazer a minha meditação”, e às vezes eu escuto “ah, a minha meditação é aqui, na frente do computador”... eu acho que tem isso do desconhecimento das pessoas. Talvez as pessoas tenham dificuldade em saber o que que é. Tipo: ah, fazer um negócio de <i>Mindfulness</i>, ah, isso aí é coisa de Zen budista... Sabe, acho que tem um preconceito, assim, com a palavra... e daí misturar com religião, e misturar com várias outras coisas. Não é claro para todo mundo o que que é. ...qual é o gestor que vai bancar que aquela equipe pare uma hora para fazer essa oficina, né, uma vez por semana? Eu acho que pessoal capacitado também para...que fazem essa parte aqui assim com o grupo, a pessoa tem que estar capacitada para trabalhar, não sei o quanto de profissionais capacitados existiriam hoje, né, para fazer esse tipo de trabalho... Acho que de investimento também... aí teria que ter um investimento de profissionais qualificados para fazer isso, ou profissionais que são, que sejam deslocados para fazer isso, né, então acho que um dos impeditivos é essa coisa, do recurso local oferecer isso e que seja feito isso de fato, não caridade né, porque é um trabalho! Eu já tentei lá na equipe com a gerência, com a secretária, com a coordenadora, sobre as ações de, sobre meditação, assim, mesmo com a reivindicação dos trabalhadores, nós não temos esse retorno. Coisas bem burocráticas. Então acho que falta principalmente o interesse do gestor central, né, de que o trabalhador realmente seja cuidado, né. Acho que é uma falta de interesse principalmente do gestor central, não tem nenhum movimento para isso e nem uma perspectiva de que deverá ter, nenhum interesse. O que é uma burrice, né, porque os trabalhadores cada vez se afastam mais.
Relaxamento
a) Preconceito: Tem gente que acha que é bobagem e tal, mas, ahm, se alguma vez tivesse tido contato com algum tipo de meditação, de terapia, qualquer coisa que fosse eu acho que já iam sentir o benefício e iam se interessar, né. Às vezes as pessoas chegam e já dizem que “ah, não vão relaxar...” Na Unidade lá nós somos só duas funcionárias técnicas de enfermagem, se tivessem mais

encontros, ia começar a dificultar porque agora começam a ter muitas reuniões...

Foi várias vezes, ahm, a gente convidando, eu falando para o pessoal, mas assim óh, não parece ter uma, uma... um desejo interno das pessoas nesse momento, parece que... Talvez até porque estejam extremamente sobrecarregados, né.

Quadro 22: Trechos das falas nos grupos focais que ilustram o Tema Implantação: Possíveis Facilitadores, no pós-teste

<i>Mindfulness</i>
Na medida em que a gente fizesse com todos, para o gestor também ter autoconsciência e uma consciência coletiva, né, tentando trabalhar com amorosidade, eu acho que tu muda uma cultura de um ambiente, de uma equipe, tu muda uma cultura de um ambiente de uma instituição, né, Talvez o que vocês pudessem fazer, ahm, módulos nas gerências, e que vocês fossem nas gerências apresentar o programa e criar o programa formal dentro da Secretaria Municipal da Saúde ou sei lá, da Prefeitura, para que as pessoas, conhecendo o que é o <i>mindfulness</i>, fossem se capacitar, fossem fazer o curso. É eu acho que a pessoa já tem que estar sensibilizada, olhando um pouco para ela porque se ela, ahm, estiver em uma fase assim tão sem energia ela não vai conseguir nem olhar que ela está precisando de alguma coisa. Isso é planejamento estratégico, tem que vender a ideia para os atores, tem que vender a ideia... Então como é que eu vou mostrar que isso... que isso funciona, de alguma forma, acho que isso é fundamental no planejamento estratégico para a execução do projeto porque embora a gente ache isso certo, quem decide tem que confiar no que tu está falando, e tu tem que demonstrar. Acho que são os próprios trabalhadores que tem que fazer, ter esse movimento. Eu não sei, eu vejo tanta... todas as outras classes subindo para um monte de coisas, assim e parando por um monte de coisas, sabe, isso e aquilo, mas a saúde nunca para, né, a saúde nunca para, e eu não sei, eu acho que falta uma mobilização da gente, de bater pé e dizer o que a gente precisa, quais são as mínimas condições de trabalhar... No momento que começam a ver a melhora do outro, começam “opa, mas o que está acontecendo, eu também quero fazer parte” a gente chama de as influências né, às vezes a gente não tem influência direta, mas a gente tem uma influência coletiva, né, e o nosso bem acaba fazendo bem para o outro... Uma das dificuldades seria de... tu quebrar a barreira, né? de... explicar pras pessoas que isso é importante, fazer elas entenderem, né, a importância disso, e eu acho que elas também tem que querer isso, né? então... essa introdução, digamos assim, acho que ia ser um pouco difícil. Acho que a gerência foi muito, assim... muito à frente do que é a média, para liberar os profissionais. Mas não é assim que veem a gente. Sai da equipe é todo mundo com cara feia por que tu está saindo, não é uma coisa tranquila, nada tranquilo, então eu acho que precisa um caminho grande nisso.
Relaxamento
Se tivesse um multiplicador nas reuniões, seria...E podia ser prazerosa, assim, nós estamos pensando para a gente fazer coisas dinâmicas em grupo, sabe para não ficar aquele... “aí, vai para a reunião”. Mas eu vou te dizer o seguinte óh... se isso for proposto pela coordenadora ou por qualquer um de nós, vai igual se tornar uma coisa maçante, tem que ter uma pessoa de fora para parecer diferente, entendeu? O povo já está aquela coisa assim óh, de que... ah tá... Vem ela inventar coisa...

Eu acho que vocês fizeram certo, vocês pegaram alguns, vocês fizeram a nossa cabeça bonitinho (risos) agora tem que pegar outros e fazer.... Depois que todo mundo tiver convencido, a gente entra...

No primeiro momento vai ser como nós aqui... todo mundo meio desconfiado, assim, será que é isso mesmo, será que... e aí tu foi fazendo, daí na segunda reunião tu faz, na terceira tu faz, tu vai propondo que as pessoas se deixem levar por aquilo ali e eu acho que a gente consegue muita coisa.

Eu acho que a gente tem que tentar, sim, sabe? Não é só, aí vem alguém de fora, porque não vai vir alguém de fora, né, se a gente quiser mudar, se a gente quiser mudar, a gente pode mudar.

A gente pode até começar dizendo “olha, eu fui lá e eu fiz isso e estou trazendo para o grupo”, quer dizer, é um retorno, né, do trabalho que tu está fazendo fora... então assim, tu desarma as pessoas, muitas vezes, né, porque daí a pessoa relaxa e fica pensando, puxa, porque eu ia fazer determinadas coisas...

Agora como a gente já teve esse grupo, eu já não vou passar uma imagem torta... eu vou falar com alguns colegas para dizer “venham que é muito bom” já é uma imagem totalmente diferente, porque a gente já participou

Considerando o foco deste estudo que é a IBM como proposta para o cuidado preventivo à saúde do trabalhador, a discussão dos resultados foi realizada em contraste com a literatura internacional, em relação a esse tema predominantemente. O National Health Services, no Reino Unido, vem implementando sistematicamente uma IBM, chamada de *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, como alternativa para a prevenção da recaída em depressão. O Brasil ainda está muito longe de ter uma IBM implementada de forma sistemática de com ampla escala. Estamos nas fases iniciais desse processo, que começa com pesquisas, especialmente os ensaios clínicos, como este estudo e que evidenciem resultados para amostras brasileiras, com os melhores custos-benefícios para o sistema público de saúde.

Ao tomarmos por base as experiências em outros países é possível entender as barreiras e possíveis soluções desse processo de implantação dessas intervenções no Brasil. Os sujeitos do estudo referem diversos obstáculos a implementação de programas e práticas de cuidado para a saúde do trabalhador, antes mesmo de conhecer a própria intervenção, na fase do pré-teste. E no pós-teste, novamente foram identificados temas a respeito da viabilidade e implantação de práticas para o cuidado da saúde mental dos profissionais da APS que se repetiram. Dentre as barreiras identificadas, foi citado o preconceito dos próprios colegas, através de relatos de experiências diretas sofridas em relação a esse tema.

Reforçam a falta de recursos humanos e financeiros para contratar profissionais capacitados para a condução desses métodos propostos no estudo, além da limitação de tempo dos profissionais e a falta de sensibilização da gestão para o reconhecimento da importância de prevenção da saúde do trabalhador.

Em relação ao tema do preconceito (ou a falta de informação) do que é *mindfulness* e como se pode aplicá-lo, está se constitui de uma barreira ou um desafio cultural bastante comum, que envolve a percepção do *mindfulness* como uma panaceia, uma falta de compreensão de como se dá uma IBM e do porquê os instrutores demandam uma formação pessoal e profissional continuada, tal como refletem Crane e Kuyken (2012).

Especialmente no Brasil, um país repleto de crenças religiosas diversas, é imprescindível respeitar a proposta do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005) ao salientar a necessidade de adoção de condutas laicas, para que não se perpetuem preconceitos desnecessários, que como resultado, afastam as pessoas da possibilidade dos benefícios dessas práticas. O uso de alegorias, textos e comportamentos caricaturais, muitas vezes hipócritas, inspirados superficialmente em epistemologias nas quais alguns instrutores de *mindfulness* que não têm nem realização espiritual, nem profissional reproduzem preconceitos nesse campo (Shonin e Gordon, 2015). É imprescindível que os profissionais e cidadãos brasileiros, submetidos a uma IBM, tenham respeitadas a sua realidade social, ideológica, filosófica, moral, religiosa e cultural.

Por isso a questão do preparo do instrutor é tema em destaque, devido a importância do treinamento de instrutores de *mindfulness* em termos de saber lidar com desafios que surgem durante o processo de execução das IBMs, tal como os efeitos não esperados ocorridos neste estudo. A habilidade do instrutor em lidar com as eventualidades pode ser importante para determinar se elas se tornam valiosas oportunidades de aprendizagem ou, alternativamente, eventos adversos. O treinamento do instrutor e a integridade do tratamento são tópicos que merecem constante atenção (Allen, Chambers, Knight, Blashki, Ciechomski, Hassed et al, 2006).

Em relação às barreiras, elas se constituem de questões pessoais dos servidores, como o fato de não aderirem às propostas por questões de estilo pessoal

e preferências por outras formas de cuidado. Esse é um dado importante, afinal, mesmo que o *mindfulness* comprove alguns benefícios, os sujeitos devem ser convidados para a IBM e não convocados. O ideal é a oferta de distintas alternativas para o cuidado da saúde do trabalhador, especialmente se não há uma identificação com as práticas. Essa recomendação é fundamental tendo em vista que foram referidas experiências de “intervenções” na qual os sujeitos manifestaram desconfiança no “programa de cuidado a saúde” oferecido pela prefeitura local. Quando as intervenções surgem a partir de uma proposta oferecida pelas gerências, porque já sentiram que não houve uma intenção genuína de oferta de um cuidado que realmente validasse o sofrimento do trabalhador, mas sim estava a serviço de interesses da gestão, os profissionais não obtêm benefícios.

Além do exposto, foi destacada a questão das agendas e a sobrecarga de trabalho, que inviabilizaria o alcance de metas porque demanda um tempo longo dos profissionais, considerando o deslocamento e o tempo das sessões, os mesmos argumentos encontrados por Mensah e Anderson (2015) ao identificar algumas das barreiras que mais se repetem nos estudos com profissionais da saúde em relação às IBM. No entanto, esse tempo é ajustável e intervenções breves também garantem benefícios (Josefsson et al., 2012, Fortney et al., 2013).

Os participantes referem que a viabilidade também é prejudicada devido à dificuldade da liberação dos profissionais que além de estarem muito sobrecarregados e com pouco tempo para atingir suas metas, oneram os colegas que permanecem nas unidades trabalhando, os sobrecarregando ainda mais e gerando sentimento de culpa, nos que deixam o trabalho para ir até o grupo. Esta foi uma fala recorrente, inclusive durante as sessões ao longo do trabalho. Alguns participantes referiam que notavam reações de colegas quando saíam para frequentar os grupos. Primeiramente, uma hipótese que explica estes comportamentos é o próprio estresse e clima das unidades de saúde e uma outra forma de ver é que muitos profissionais que não tiveram obtiveram a liberação para participar, podem ter sentido uma sensação de injustiça ou discriminação. No entanto, acredita-se que é um melhor custo-benefício o trabalhador se ausentar duas horas por semana para uma intervenção do que correr o risco de se esgotar ainda mais, tendo em vista que a SB piora com o tempo, e vir a adoecer e se afastar.

É fundamental que nos planejamentos estratégicos das ofertas de IBM para profissionais da APS todos possam ter o acesso, se assim desejarem, para que essas propostas não gerem mais estresse entre equipes. No caso deste estudo, sendo uma pesquisa, se torna inviável garantir o acesso a todos os profissionais que desejaram participar, o que foi, sem dúvida, mais um motivo de atrito em unidades.

Outro empecilho para o desenvolvimento de programas de cuidado a saúde mental do trabalhador é a própria falta de recursos humanos. Os sujeitos questionam quem seriam os cuidadores em um cenário onde todos estão sobrecarregados, porque quem cuida também teria o direito ao seu próprio cuidado. Essa é uma questão importante, tendo em vista que a formação de instrutores de *mindfulness* envolve um processo longo, caro, continuado. É fundamental manter a qualidade das formações e seus tempos de maturação e esse se constitui no desafio educacional em contraste com a pressa da gestão que prefere capacitações e resultados rápidos (Crane e Kuyken, 2012), dessa forma, constitui-se uma barreira por falta, também, de recursos financeiros para a capacitação de profissionais.

Outro entrave, na opinião dos profissionais é a gestão, que conforme suas percepções, não demonstra interesse em cuidar do sofrimento manifesto pelos servidores. Crane e Kuyken (2012) identificam como um fator essencial à participação e conhecimento dos gestores, para que as IBM possam vencer os desafios estruturais, que envolvem suporte administrativo; os desafios físico-tecnológicos, que englobam todos os recursos necessários para que a IBM se torne viável e acessível e os desafios políticos, caracterizado pela cobrança por metas e resultados e amparo legal que legitime a adoção dessas práticas, que no caso do Brasil estaria bem corroborada pela PNPIC (2017). Cabe destacar que antes de todos estes desafios, é fundamental que o desafio emocional, aquele que envolve um ator, um entusiasta no assunto, formado, experiente, inspirador e que promova a abertura mínima necessária para o processo de mudança, com algum grau de influência estratégica na gestão, do contrário, se torna ainda mais difícil a viabilidade da inserção do *mindfulness* nesses contextos (Crane e Kuyken, 2012).

As estratégias sugeridas como alternativas de facilitar a viabilidade de implantação de programas de autocuidado, ou seja, as forças do contexto, vão desde o fortalecimento dos sujeitos em um âmbito micro, ou seja, na própria prática

de trabalho dos servidores que possam espontaneamente desenvolver práticas de cuidado com usuários ou colegas, como a esperança de que o tempo trará a demonstração de resultados e que assim possam chamar a atenção dos gestores depois de uma massa crítica constituída. Eles salientam também que estão amparados em algumas normativas que garantem o direito ao cuidado à saúde do trabalhador e o reconhecimento de práticas de cuidados diferenciados, previstos na PNPIC (BRASIL, 2017), para que efetivamente se viabilize o acesso à promoção de saúde. Além disso, ressaltam a necessidade de iniciativas que partam de um âmbito macro, da ordem da própria organização e gestão, que envolve o engajamento em um planejamento estratégico, bem como a literatura ressalta (Crane e Kuyken, 2012).

De qualquer forma, para que a viabilidade de programas de cuidado a saúde mental do trabalhador sejam implantados e atinjam uma ampla escala de interessados é essencial o consentimento, a participação ativa da gerência para determinar operacionalmente como esse serviço poderia acontecer, inclusive em pesquisas no campo, tendo em vistas as dificuldades enfrentadas por este estudo. Além disso, uma avaliação continuada, quantitativa e qualitativa dos resultados, para que todos envolvidos pudessem ter a segurança de que a proposta realmente traz qualidade para os serviços prestados ou reduz o número de absenteísmo (Mensah e Anderson (2015).

Conforme os relatos há uma esperança de que esse próprio estudo possa contribuir como um diagnóstico preliminar da situação da saúde dos trabalhadores e que os resultados possam servir como uma via de sensibilização e inspiração para os gestores. Os trabalhadores também sugerem questões de ordem muito práticas para que eles próprios sintam que o programa oferecido está adequado a sua segurança, como poder sair da unidade para ambientes adequados, longe de onde trabalham, para não ser interrompidos e realmente sentir o direito a uma pausa, de acordo com literatura (Mensah e Anderson, 2015). Reforçam ainda a necessidade de sentir uma confiança em qualquer trabalho que venha a ser proposto para o seu cuidado e que venha a serviço do trabalhador e não exclusivamente a serviço dos interesses da gestão.

Os relatos destacam também que os próprios servidores não devem se omitir de seu direito de insistir e de cobrar pelo cuidado do qual necessitam, cabe destacar que para isso os profissionais precisam conhecer mais as IBM e suas evidências para que desafio emocional, de se entusiasmar com a proposta, seja vencido, como define Crane e Kuyken (2015).

Ao final dos quatro encontros de relaxamento ou de oito encontros de *mindfulness*, as avaliações qualitativas do processo indicaram boa aceitação e adesão dos profissionais frente as duas modalidades desenvolvidas. Estes resultados servem como um indicativo de que os trabalhadores em situação de estresse laboral podem se beneficiar destas duas intervenções e concomitantemente essas práticas podem funcionar como um subsídio extra de cuidado tanto para a saúde dos servidores quanto para os usuários, especialmente estimuladas pela própria prática do profissional que se utiliza das estratégias de redução de estresse em sua vida.

As respostas sugeridas para a remoção das barreiras à implantação de programas de cuidado à saúde mental do trabalhador APS, no pós-teste, se repetiram. As sugestões abordam a necessidade de garantir, como uma boa sugestão, a oportunidade aos gestores para que conheçam na prática o trabalho e os seus resultados, já pensando em planejamento estratégico, assim como parece importante informar os próprios trabalhadores para que sejam sensibilizados e possam romper com preconceitos às inovações em saúde. Lembrando que mesmo começando com os gestores é um constante desafio porque são cargos que mudam por influências e momentos políticos neste sistema de saúde.

7. Limitações do Estudo

Dentre as limitações do estudo, os grupos não foram randomizados e as intervenções não foram igualmente pareadas em relação a dose, tal como era a proposta inicial do projeto, alterado em função cenário adverso para realizar essa pesquisa. O estudo baseou-se inteiramente no uso de medidas de autorrelato na medição de todas as variáveis do estudo, o que pode favorecer algumas interpretações equivocadas sobre o conteúdo das questões, especialmente no caso

de *mindfulness* ou respostas socialmente desejáveis, como no caso da dimensão de eficácia do *Burnout*. No entanto, o estudo utilizou escalas confiáveis, válidas e multidimensionais, favorecendo o melhor entendimento de para quais aspectos das habilidades de *mindfulness*, afeto, autocompaixão, experiência e *Burnout* são potencialmente benéficas as intervenções propostas, bem como entender os possíveis mecanismos desta relação. E para elucidar ainda mais as medidas quantitativas, foram coletados dados qualitativos.

São necessárias pesquisas futuras com esta população que incluam follow-up no grupo controle ativo com o mesmo tempo oferecido ao grupo de *mindfulness*, para que se possa comparar os resultados das intervenções em longo prazo e poder recomendar precisamente as melhores estratégias para o manejo do estresse e da sintomatologia do *Burnout* no trabalhador.

Embora a pesquisadora não tenha qualquer tipo de viés de interesse nos resultados do estudo, especialmente porque trabalha com todas as abordagens propostas, dentre outras, é possível que nesse trabalho, especialmente no grupo de relaxamento, que tenha ocorrido um viés de interferência de sua conduta porque é praticante de *mindfulness*, Yoga e Psicóloga Clínica que trabalha com as abordagens baseadas em *mindfulness*. Então, pode ser que possa ter favorecido os resultados para o grupo de relaxamento, não devido à condução das práticas, mas na conduta dentro das sessões e antes e após os encontros em conversas com os participantes. Alguns efeitos inespecíficos podem ter impactado os sujeitos devido a postura empática e traços da própria personalidade da pesquisadora, especialmente nos resultados de autocompaixão. Porém, acredita-se que não houve efeitos do tipo placebo, Rosenthal ou Hawthorne, porque estes fenômenos estavam sendo controlados.

8. CONCLUSÕES

Considerações Finais: Triangulando os Estudos Quanti e Quali

Este é um estudo inédito, o primeiro ensaio clínico pragmático a testar em nível internacional a eficácia preliminar e a viabilidade da aplicação do programa

Breathworks for Stress na sintomatologia de *Burnout* em Profissionais da Atenção Primária brasileira e a promover reflexões sobre a viabilidade de *mindfulness* e suas especificidades como intervenção para o cuidado da saúde dessa população.

A execução desta pesquisa permitiu evidenciar a relevância deste tema, uma vez que se encontra uma discrepância importante entre a população estudada, seus direitos ao próprio cuidado em contraste com a realidade objetiva, cheia de lacunas em relação ao cuidado efetivo das demandas dos trabalhadores da APS.

Embora existam estudos comparando o efeito das intervenções em *mindfulness* em profissionais da saúde, esse estudo é pioneiro em comparar uma IBM com um grupo de intervenção do tipo controle ativo (relaxamento), além da comparação com um grupo de lista de espera, para avaliar como a Síndrome de *Burnout* se comporta na continuidade do tempo. Esse método impede o viés de atenção nos resultados positivos da intervenção, que surgem quando a intervenção proposta é apenas comparada a lista de espera, grupo controle mais fraco e mais comum nos estudos de *mindfulness*.

Destaca-se a composição mista da amostra reunida in loco e não categorizada por tipos de ocupações, especialmente porque a APS funciona como equipes integradas, o que facilita refletir sobre as demandas específicas desses sujeitos frente as suas necessidades nesse contexto de trabalho, o que subsidia a necessidade de estudos futuros sobre abordagens para a população estudada.

Diferentemente da maioria dos estudos, os motivos dos abandonos, efeitos não-esperados e expertise clínica dos pesquisadores, nesse estudo estão explícitos. O tamanho de amostra confere com a recomendação de no mínimo 30 participantes por grupo para estabelecer comparações adequadas entre intervenções clínicas.

O estudo favorece a generalização dos resultados tendo em vista a repetitiva caracterização dos dados em relação a saúde dessa população e suas queixas de sofrimento em relação ao trabalho, corroborados de longa data, na literatura. A heterogeneidade da amostra de profissionais da APS contrasta com a maioria dos estudos nesse campo, que geralmente focam em amostras com apenas uma ou duas distintas ocupações.

A falta de randomização pode sugerir que há diferenças não-aleatórias entre os grupos na linha de base, que influenciaram os achados. Entretanto, foram realizadas uma série de análises de covariáveis que sugerem que as diferenças pós-

intervenção entre os indivíduos de ambas as condições foram mantidas quando se controla as diferenças de linha de base. Além disso, como esse ensaio clínico trata de viabilidade, a não-randomização nesse estudo se torna um dado importante para entender as dificuldades e limitações encontradas nesse campo de pesquisa, tendo em vista que a randomização estava projetada para esse estudo.

Futuros estudos devem traçar desenhos metodológicos de modo a facilitar o acesso a novas pesquisas do tipo ensaio clínico com esta população. É possível afirmar que ambas as intervenções propostas neste estudo são viáveis como alternativas à prevenção à saúde do trabalhador. Mas cabe refletirmos sobre como podemos facilitar a viabilidade de pesquisas na APS. É essencial que a gestão esteja totalmente engajada no estudo, garantindo que o desenho dos projetos possam ser mantidos quando se vai ao campo e que possa ser garantida uma condição de igualdade a todos os sujeitos, tendo em vista que aqueles que têm mais autonomia, em seus cargos atuais, acabaram tendo mais acesso a este estudo.

O estudo qualitativo também foi um diferencial, oferecendo ilustrações claras a respeito dos fenômenos envolvidos e elucidando claramente os passos seguidos para que possam ser replicados em outros estudos, especialmente porque foram respeitados os quinze critérios recomendados que configuram a realização de uma análise temática de qualidade e também de acordo com todos os critérios estabelecidos pelo COREQ-32 (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) (Tong, Sainsbury e Craig, 2007).

No estudo transversal, as correlações demonstraram que o *Burnout*, em relação à exaustão e a desumanização, está associado com todas as medidas negativas do estudo (afeto negativo, autocrítica, fixação e isolamento) e negativamente correlacionado com as positivas (afeto positivo, descentramento, senso de humanidade, bondade e *mindfulness* e total de autocompaixão), descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir). O que chama a atenção para futuras ênfases em intervenções que garantam o aumento nos escores dessas medidas supracitadas, apostando, assim em redução da sintomatologia da SB.

A partir do estudo longitudinal evidenciou-se algumas mudanças positivas nos profissionais da APS pós-intervenções. A IBM é superior à IBR e à lista de espera nas medidas de bondade, total de autocompaixão e facetas não julgar e não reagir, da FFMQ. Tanto a IBM quanto a IMR garantem mudanças similares na

exaustão da escala de *Burnout*, autocritica e isolamento, da escala de autocompaixão. Por fim, o relaxamento não é, mas o *mindfulness* é superior a lista de espera nas seguintes subescalas: cinismo, afeto positivo e negativo, descentramento, fixação e *mindfulness*, descrever e observar. Os dados qualitativos destacam que a redução de estresse do trabalhador pode ser contemplada pela via da intervenção proposta de relaxamento, uma alternativa estratégica mais rápida e de baixo investimento para o alívio do estresse no sistema de saúde, especialmente em fases mais agudas da SB.

Na base destes potenciais mecanismos de atuação do *mindfulness* estão os efeitos sobre a consciência, regulação emocional, cognitiva e fisiológica. Ao trabalhar conscientemente, os funcionários devem estar focados no momento presente, capazes de perceber eventos externos e reações internas a esses eventos sem se envolverem nos pensamentos e sentimentos que inevitavelmente emergem. Os trabalhadores tem a oportunidade de aprenderem a regular sua experiência afetiva e fisiológica e ser menos propensos a tomar decisões comportamentais precipitadas decorrentes do processamento cognitivo automático. O *mindfulness* convida o praticante a ser um observador da experiência enquanto também está imerso na experiência. É essa capacidade de manter uma consciência e uma atenção aberta e receptiva, sem um processamento e uma elaboração cognitiva secundária desnecessárias a respeito de qualquer fenômeno que ocorre na experiência (pensamento, emoção ou sensação) é considerada a base dos benefícios de saúde e bem-estar de *mindfulness*. O não-reagir e o não-julgar garantem a capacidade de retroceder interiormente de experiências internas angustiantes sem ser tomado por elas, habilidades importantes a serem aplicadas em situações desafiadoras do trabalho.

Estudos futuros com esta população que inclua uma maior amostra do sexo masculino, grupos controles ativos alternativos ao relaxamento e follow-ups são recomendados e fundamentais, para garantir um maior entendimento da relação entre *mindfulness*, *Burnout* e a saúde do trabalhador da APS e, conseqüentemente o estabelecimento de recomendações de ações preventivas adequadas a esta população.

Cabem ainda algumas reflexões importantes. Ao consideramos a proposta de uma IBM aos atores da APS, é fundamental ter na consciência a intenção do

trabalho em meio ao cenário da saúde pública brasileira. Recentemente, Maslach, em palestra no ISMA-2017, concluiu sua arguição ressaltando que o *Burnout* é mais um processo situacional crônico do que um processo individual, dessa forma, melhorias nos ambientes sociais no trabalho, podem ajudar a prevenir o *Burnout* e construir o engajamento dos profissionais. As melhorias sociais baseiam-se nas relações recíprocas entre os colegas de trabalho e as seis áreas de ajuste entre emprego-pessoa, que podem ser uma ferramenta diagnóstica valiosa para identificar onde as melhorias significativas podem ser desenvolvidas e implantadas.

É iminente refletir a respeito do que se está propondo aos trabalhadores da APS e ter em mente a intenção por detrás de qualquer intervenção em saúde mental, considerando o território sujeito-instituição. A Justiça e Valores estão entre as áreas da vida do trabalho, e quando há um atrito entre organização-pessoa, estes permanecerão sendo constantes estressores, e assim por mais que se proponha “redução do estresse” dos trabalhadores, é preciso dialogar com esse conflito, especialmente, em uma estrutura de saúde pública. O *Mindfulness* é um convite para que o trabalhador possa decidir, conscientemente, como lidar com todos esses desafios externos (organização) e internos (seus propósitos, ideais e valores) para que possa conviver com mais harmonia, se julgar possível.

As intervenções para a redução do estresse do trabalhador, especialmente aquelas que não intervêm na perspectiva organizacional, como este estudo, precisam ter muito consciente o conflito entre o indivíduo e a organização, para que o respeito às demandas do profissional da saúde sejam o foco do trabalho. Dessa forma, a intervenção não se submeteria aos interesses de sistemas de trabalho que esperam dos processos de mudança do trabalhador que foi submetido a intervenções para a redução de seu estresse, que este esteja a serviço de interesses e valores que não os seus, mas da organização. *Mindfulness* não é uma ferramenta para anestesiar os atores da APS, escamoteando assim, problemas sérios, em nome de uma suposta calma ou melhor manejo do estresse, de forma irresponsável. Resultados como aumento de bem-estar e redução de estresse e aumento de “produtividade” são clássicos na literatura corporativa, mas a serviço do que, para que e para quem são questões que os profissionais que vão intervir no universo do trabalho devem se fazer. “Não sois máquinas! Homens é que sois”,

frase célebre de Charles Chaplin, em “Tempos Modernos” (1936), que cabe como reflexão do uso do *mindfulness* adequadamente.

A pesquisa nesse sentido pode ser considerada como muito digna porque veio ao encontro das demandas dos trabalhadores da APS, para aliviar o seu sofrimento, atribuindo aos participantes o direito de escolha e de como se “ajustar” se isso é importante para eles ou se comportar no universo de trabalho, sem se sentir violado em seus valores e sentimentos. O uso do *mindfulness* como um paliativo para situações estruturais mais complexas, a serviço de sistemas que visam extrair o máximo do potencial humano em prol de mais produtividade, sem contrapartidas justas seria um uso corrupto da prática, que de forma acrítica, não promoveria condições respeitadas, dignas e salutaras ao trabalhador, mas sim o tornaria mais uma peça da engrenagem dos “Tempos Modernos”. Lembrando que vivemos numa sociedade capitalista se torna fundamental refletirmos sobre o papel do *mindfulness* nesse cenário.

A prática de *mindfulness* no ambiente de trabalho deve servir como instrumento de transformação e deve ser dado ao trabalhador o direito de consentir participar, de ser respeitado em sua necessidade e descobrir, pela via do aumento de autoconsciência como sobreviver ou viver em meio ao universo de seu trabalho. É o trabalhador que descobre como melhor se relacionar com o seu trabalho. *Mindfulness* é um convite para que, pela via da tomada de consciência, os atores possam fazer algo intencionalmente diferente, para ver e sentir a diferença em sua qualidade de vida no trabalho e a se reconectar com o seu papel de agente de transformação social, ajustado sim aos seus verdadeiros e genuínos propósitos pessoais e profissionais, mas não necessariamente aos das organizações.

Somado ao arsenal do *mindfulness*, a autocompaixão, que nada tem a ver com auto-indulgência ou desreponsabilização de condutas, é uma ferramenta que liberta as pessoas de ruminações cognitivas, culpa e crítica desnecessárias e que roubam o tempo e a energia essenciais para que a motivação e a iniciativa pessoal para fazer as mudanças necessárias na vida brote. A autocompaixão nas IBM deve estar a serviço de poder garantir aos profissionais a força necessária para se sentirem mais capazes de assumir novos desafios. Salienta-se ainda que a autocompaixão é uma passo importante para a genuína compaixão pelos outros:

usuário e equipe. *Mindfulness* e autocompaixão promovem resiliência. Promover resiliência é uma missão importante das IBMs em organizações, para que os profissionais possam lidar com a adversidade e conseguir o ajuste saudável durante as circunstâncias difíceis.

Mindfulness demonstra um potencial para promover a resiliência, pois pessoas com traços de *mindfulness* são mais capazes de responder a situações difíceis sem reagir de forma automática e não-adaptativa, essencial na medida que o volume e a complexidade do trabalho clínico aumenta, além da crescente carga administrativa e burocrática concomitantemente, o que vulnerabiliza o trabalhador a níveis crescentes de estresse relacionado ao trabalho.

Os recentes desenvolvimentos de pesquisa em bem-estar, psicologia positiva e organizacional proporcionaram uma oportunidade para ampliar o alcance da prevenção da saúde mental dos trabalhadores da saúde. Dadas as taxas crescentes de *Burnout*, particularmente entre os profissionais da saúde, esta se torna uma área importante para pesquisas futuras e alvo para intervenções que possam garantir os benefícios para os portadores, pacientes e sistema de saúde em geral. É imperativo que novas pesquisas venham no caminho de identificar formas de fortalecimento dos ambientes internos de trabalho, englobando a prevenção, estratégias de intervenção para o *Burnout* da APS, que incluam alternativas que afetem tanto o nível individual quanto o nível organizacional do trabalho, com abordagens integradas que normalizam a experiência do sofrimento no trabalho na APS, criando um clima e cultura de abertura, compreensão e reunião de forças.

Os resultados preliminares deste estudo de viabilidade sugerem que o treinamento de *mindfulness* na APS pode ser certamente viável, aceitável e eficaz no auxílio a atenuação dos efeitos deletérios do estresse e alcance de empoderamento diante do trabalho. Reconhecendo o importante papel que a APS desempenha, seria no mínimo razoável investir no bem-estar a longo prazo destes trabalhadores. As intervenções de *Mindfulness* representam uma estratégia, de interesse crescente na literatura científica e na aplicação clínica. Embora as descobertas emergentes de pesquisas identifiquem uma relação entre as intervenções de *mindfulness* e as melhorias na saúde e no bem-estar dos

trabalhadores em diversos ambientes de trabalho, a investigação sobre os efeitos benéficos das intervenções de *mindfulness* no local de trabalho está nos primórdios.

As IBM, até o momento não estão configuradas para atuar diretamente e explicitamente para além do nível individual, embora com a soma de indivíduos praticantes de *mindfulness*, acredita-se na possibilidade de composição de uma massa crítica suficiente que possa começar provocar uma nova cultura do micro para o macro. No entanto, reforçasse a necessidade, tendo em vista as origens do *Burnout*, que intervenções, possam atuar, conjuntamente, no nível organizacional, direta e objetivamente, para que a integração indivíduo-organização garanta resultados mais duradouros. Sem uma sólida base de pesquisa empírica para apoiar a transição de intervenções de *mindfulness* em ambientes de trabalho e uma compreensão de como os efeitos são produzidos e quando eles são evidentes, essas intervenções podem deixar de perceber os benefícios desejados e esperados.

Considera-se eminentemente necessário projetar medidas que favoreçam e promovam a regulação emocional dos níveis de estresse dos trabalhadores da atenção primária, por meio da identificação precoce dos problemas que geram estresse, especialmente porque esses problemas, há anos se perpetuam e se agravam no cenário da saúde pública brasileira. É urgente a instauração de ações interventivas, preventivas, promotoras de saúde e curativas a fim de amenizar o desgaste das equipes e do trabalhador e favorecer a qualidade de vida e do trabalho e, conseqüentemente, o serviço a ser prestado. Algumas investigações sinalizam que as relações interpessoais e o apoio do grupo de trabalho são estratégias para minimizar os efeitos nocivos do trabalho à saúde do trabalhador e recomendam ações que valorizem o sujeito.

A possibilidade de falar, de ser ouvido, propicia uma sensação de acolhimento e de valorização pessoal, contribuindo para um olhar mais humanizado entre as equipes, em relação aos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. O desejável é que o espaço de reflexão e de práticas de *mindfulness*, propiciado pelas IBM possam ser um trabalho continuado, que não se encerre em até 8 encontros, tal como foi a manifestação dos participantes do estudo, para que os benefícios se

sustentem no tempo, tal como é feita, por exemplo, a recomendação para atividade física, legitimando assim, nos ambientes de trabalho, a prática de *mindfulness*.

É preciso avaliar cada variável, cada resultado, dentro de um conjunto mais complexo de análise, não quantitativa, mas qualitativa, para determinar benefícios, efeitos e potenciais de ambas intervenções, muito além de tamanhos de efeito, poder dos testes e significância, afinal, este estudo se desenvolveu com medidas de seres humanos e suas subjetividades. É preciso considerar prioritariamente o que expressam os sujeitos! Por fim, cabe cogitar que é possível, com este estudo, inclusive, reunir aspectos de ambas intervenções que evidenciaram melhores resultados em distintas variáveis, e testar futuramente uma terceira proposta de intervenção para esta população: uma mescla de relaxamento e *mindfulness*.

9. ANEXOS

Anexo 1 - Pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIFESP, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mindfulness, burnout e bem-estar físico e psicológico em profissionais da Atenção Primária em Saúde do município de Porto Alegre-RS: estudo controlado e randomizado

Pesquisador: DANIELA DA SILVA SOPEZKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30431114.6.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 714.075

Data da Relatoria: 16/07/2014

Apresentação do Projeto:

EMENDA

para inclusão de centro

Objetivo da Pesquisa:

emenda para inclusão de centro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos associados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto aprovado

A emenda se refere à inserção da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre como instituição coparticipante do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto aprovado

A emenda se refere à inserção da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre como instituição coparticipante do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 714.075

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

A emenda se refere à inserção da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre como instituição coparticipante do estudo. APROVADA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado e liberado "ad eferendum"

SAO PAULO, 10 de Julho de 2014

Assinado por:

MIRIAN APARECIDA GHIRALDINI FRANCO
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL
PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu Rosane Terezinha Baltazar, matrícula
536675, responsável pelo Serviço CGAPES -
Coord. Atenção Primária, Especializado e Substitutivo
conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Mindfulness, burnout e bem-estar psicológico,
tendo como Pesquisador Responsável Danreia D. Sopenzi
e declaro que a sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/08/13.

Rosane Terezinha Baltazar
Matr. 536675.1
Coordenadora CGAPES/SMS

[Assinatura]
Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar - CEP 90010-040
Fones: 32.89.55.17
Porto Alegre



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Truim, 595
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357 2000
CNPJ: 92.787.119/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357 4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357 4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314-5230
CNPJ: 92.693.134/0001-63



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 98.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária de 08 de junho de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16071

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

ENO DIAS DE CASTRO FILHO

MARCELO MARCOS PIVA DEMARZO

SANDRA LUCIA CORREIA LIMA FORTES

DANIELA DA SILVA SOPEZKI

Título: Mindfulness, burnout e bem-estar físico e psicológico em profissionais da atenção primária em saúde do município de Porto Alegre-RS: estudo controlado e randomizado.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.


DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 08 de junho de 2016.

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa: “EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM *MINDFULNESS* NOS SINTOMAS DE *BURNOUT* E BEM-ESTAR DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” que tem por objetivo verificar o efeito do treinamento da meditação *mindfulness* (conhecida como atenção plena) sobre o estresse e bem-estar. Muitas pesquisas indicam que essa meditação pode ter efeitos positivos na saúde física e mental do ser humano.

PROCEDIMENTOS: se você aceitar participar, será no primeiro momento sorteado entre três grupos: o grupo que receberá o treinamento no primeiro momento, sendo as avaliações realizadas antes e logo após o treinamento em meditação, ou para um dos grupos controles, que fará duas avaliações, com intervalo de oito semanas entre elas, antes de receber o treinamento.

Após o final da coleta de dados dos grupos, os participantes dos grupos controles poderão realizar o treinamento em meditação, após seis meses do início do estudo, sendo seus dados novamente coletados após o treinamento.

A sua participação no estudo será preencher questionários que avaliarão sintomas de doenças emocionais. E também faremos uma entrevista, em grupo, que será gravada. Todo esse material será exclusivamente utilizado para obtenção dos dados propostos nesse projeto. O tempo estimado para realização do primeiro encontro é de no máximo 120 minutos. Os dados são guardados sob sigilo dos pesquisadores.

Após essa avaliação, terá início o treinamento de meditação, que envolverá oito encontros semanais, em grupos de 15 participantes, conduzidos pela psicóloga Daniela da Silva Sopezki. As sessões durarão cerca de duas horas e serão realizadas em locais designados pelas chefias dos serviços.

A intervenção será composta de: instruções, meditações guiadas, debates breves sobre as vivências e orientações para a semana até o próximo encontro. Também serão fornecidos CDs com meditações guiadas para utilização pelos participantes ao longo das semanas.

Após esse período de oito semanas, 3 meses e 6 meses de treinamento você realizará novamente a coleta de dados, preenchendo os mesmos questionários.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS: os resultados do presente estudo poderão auxiliar no planejamento de estratégias comportamentais para entender os tipos clínicos de *burnout* e sua associação com os diferentes aspectos psicológicos relacionados à saúde, em especial em relação ao estado mental de *mindfulness*. E também contribuirá para o aprimoramento das

intervenções existentes e o desenvolvimento de novas intervenções baseadas em *mindfulness*, voltadas às necessidades específicas dessa população do estudo.

Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos, podendo ocorrer desconfortos pela conscientização de características da estrutura da personalidade de cada participante, oriunda da atenção aos pensamentos e sensações físicas no momento da meditação. Profissionais capacitados para desenvolver o treinamento estarão presentes, podendo detectar e auxiliar em desconfortos emocionais que a meditação possa evocar.

VOLUNTARIEDADE: a participação no estudo é totalmente voluntária e a desistência não implicará nenhum tipo de prejuízo para o participante. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

CUSTEIO: Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

DIREITO DE DESISTÊNCIA: você tem toda a liberdade de desistir de participar do presente estudo a qualquer momento.

PRIVACIDADE: os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes, sendo que todas as informações obtidas nesse estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, com os resultados divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

O pesquisador responsável por este projeto é Pesquisadora Daniela Sopezki, doutoranda em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva, da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) que pode ser encontrada no telefone (51) 8429-4871. Quaisquer esclarecimentos poderão também ser solicitados também com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, na Rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto 14, em São Paulo, no telefone (11) 5539-7162 ou pelo e-mail: cepunifesp@unifesp.br ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre, localizado na Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar, no Centro Histórico, pelo telefone: 32895517 ou no e-mail: cep-sms@sms.prefpoa.com.br. Ou no Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição, na Avenida Francisco Trein, 596, Bloco H, 3º andar CEP 91.350-200, no bairro Cristo Redentor. Fone: (51) 33572407. E-mail: cep-ghc@ghc.com.br.

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos procedimentos e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora Daniela Sopezki certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa. Face estas informações, aceito participar neste estudo, por isso assino abaixo e rubrico o restante das páginas.

Nome do participante:

Assinatura

Nome do pesquisador: DANIELA SOPEZKI

Assinatura

Local e Data:

Anexo 3 - Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL

1. Nº: _____

Por favor, responda com sinceridade. Os resultados deste estudo podem influenciar a tomada de decisões sobre políticas de saúde ocupacional para profissionais da atenção primária à saúde (APS), por meio de programas de prevenção e promoção da saúde. Suas respostas podem contribuir para a construção de ambientes de trabalho mais agradáveis e saudáveis.

2. DATA: ____/____/20__

3. IDADE _____

4. SEXO: 1() masculino 2() feminino

5. QUAL O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE?

1() fundamental incompleto (fiz até ____ série);

4 () ensino médio completo;

2() fundamental completo;

5 () ensino superior

____semestres

3() ensino médio incompleto(fiz até ____ série);

6 () pós-graduação

____semestres

6. QUAL É A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL PRINCIPAL?

1() medicina 2() enfermagem 3() serviço social 4() psicologia

5() odontologia 6() auxiliar / técnico em enfermagem 7() agente de saúde 8()

outra: _____

7. ONDE É A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL PRINCIPAL ATUAL:

1() Estratégia de Saúde da Família 2() Unidade Básica de Saúde 3() NASF

4() Outra: _____

8. ESCREVA OS ASPECTOS NEGATIVOS DE SEU TRABALHO, QUE GERAM MAL-ESTAR:

9. ESCREVA OS ASPECTOS POSITIVOS DE SEU TRABALHO, QUE GERAM BEM-ESTAR:

10. Situação familiar:

1() Solteiro 2() Casado (ou União Estável) 3() Divorciado 4() Viúvo
5() Outros. Qual? _____

11. Número de dependentes sobre sua responsabilidade: _____

12. Número total de anos trabalhados até hoje: _____

13. Número de anos trabalhados no posto de trabalho atual: _____

14. Posto de trabalho atual: _____

15. Contrato de trabalho: 1() CLT 2() Estatutário

16. Tipo de contrato de trabalho: 1() Tempo Completo 2() Tempo Parcial

17. Nº de horas semanais dedicadas ao trabalho (incluindo reuniões, atividades formativas, plantões):_____ horas

18. Nível médio de salário mensal _____ reais

19. Tem dificuldades econômicas ao chegar no final do mês?

1() Nunca

3() Muitas vezes

5() Sempre

2() Alguma vez

4() Quase sempre

20. Durante o último ano, você teve que se ausentar do trabalho por motivo de doença? 1() Não 2() Sim

21. Em caso afirmativo, indique o número aproximado de dias totais que devido a problemas de saúde você se ausentou do posto de trabalho durante o último ano:_____dias.

22. Passou por alguma mudança importante recentemente (filhos, trabalho, vida conjugal, outra)? 1() Não 2() Sim Qual?

23. Você tem algum problema de saúde? 1 () Não 2 () Sim

Qual/quais? _____

24. Está em uso contínuo de medicamentos: 1 () Não 2 () Sim

Qual o princípio ativo/ dose diária: _____

25. Realiza algum outro tratamento de saúde não medicamentoso: 1() Não 2() Sim

Qual/quais?

Anexo 4: Maslach *Burnout* Inventory (MBI-GS)

MBI – General Survey

O objetivo deste levantamento é saber como os membros da equipe percebem e reagem ao seu trabalho.

Na página seguinte constam 16 afirmações sobre sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e pense se você se sente deste modo em seu emprego. Se você nunca se sentiu assim assinale “0” (zero) no espaço à direita da afirmativa. Se você tem esse sentimento indique a frequência assinalando um número (de 1 a 6) que melhor descreva este sentimento. Um exemplo é mostrado abaixo:

EXEMPLO

Frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

Frequência	Afirmativa:
------------	-------------

0-6

I. _____ Sinto-me deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, assinale o número “0” (zero) na coluna à direita “Frequência”. Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes em um ano ou menos), você pode assinalar o número “1”. Se seus sentimentos depressivos são bastante frequentes (poucas vezes na semana, mas não diariamente) você deve assinalar o número “5”.

MBI – General Survey

Frequência:	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

Frequência		Afirmativas
0 – 6		
1.	Meu trabalho me deixa emocionalmente esgotado.	
2.	Sinto-me acabado depois de um dia de trabalho.	
3.	Sinto-me cansado quando acordo e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	
4.	Trabalhar o dia inteiro é muito pesado para mim.	
5.	Posso resolver de modo eficaz os problemas que surgem no meu trabalho.	
6.	Sinto-me esgotado pelo meu trabalho.	
7.	Sinto que estou contribuindo de modo eficaz para o que esta organização faz.	
8.	Tornei-me menos interessado no trabalho desde que comecei este emprego.	
9.	Estou perdendo o entusiasmo pelo meu trabalho.	
10.	Em minha opinião, faço um bom trabalho nesta empresa.	
11.	Sinto-me realizado quando termino alguma coisa no trabalho.	
12.	Tenho realizado várias coisas que valem à pena neste emprego.	
13.	Quero apenas fazer o meu trabalho sem ser incomodado.	
14.	Acho que meu trabalho não contribui para nada.	
15.	Duvido que meu trabalho tenha alguma importância.	
16.	Sinto-me confiante de que deixo as coisas eficientemente prontas no meu trabalho	

Anexo 5 - Questionário de Experiências (EQ)

QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS ESCALA DE DESCENTRAMENTO

Estamos interessados nas suas experiências recentes. Em seguida, encontra-se uma lista de coisas pelas quais as pessoas passam. Ao lado de cada item, existem cinco opções. Por favor, assinale a frequência com que você tem experiências semelhantes às descritas em cada frase.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu fico pensando sobre o que vai acontecer no futuro.					
2. Lembro a mim mesmo que pensamentos não são fatos.					
3. Eu sou capaz de me aceitar como sou.					
4. Eu percebo todas as variedades de pequenas coisas e detalhes no mundo ao meu redor					
5. Quando as coisas dão errado, eu sou mais gentil comigo mesmo.					
6. Nos momentos de estresse, eu consigo desacelerar meus pensamentos.					
7. Eu fico me perguntando sobre que tipo de pessoa eu sou de verdade.					
8. Eu não sou tão facilmente levado pelos meus pensamentos e sentimentos					
9. Eu percebo que não levo as dificuldades pro lado pessoal.					
10. Eu consigo separar e me diferenciar dos meus próprios pensamentos e sentimentos.					
11. Eu analiso o porquê das coisas acontecerem da maneira que acontecem.					
12. Eu consigo me permitir algum tempo para reagir às dificuldades.					
13. Eu fico pensando repetidamente no que outros disseram para mim.					

14. Eu consigo me tratar de forma amável.					
15. Eu posso observar sentimentos desagradáveis sem ser absorvido por eles.					
16. Eu tenho a sensação de que estou completamente consciente do que está acontecendo ao meu redor e dentro de mim mesmo.					
17. Eu posso realmente ver que eu não sou meus pensamentos.					
18. Eu percebo de forma consciente a sensação do meu corpo como um todo.					
19. Eu penso sobre de que jeito eu sou diferente das outras pessoas.					
20. Eu vejo as coisas de um ponto de vista mais amplo.					

Anexo 6 - Escala *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ)

QUESTIONÁRIO DAS FACETAS DE *MINDFULNESS* (FFMQ-BR)

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

		<i>Nunca ou raramente verdadeiro</i>	<i>Às vezes verdadeiro</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Normalmente verdadeiro</i>	<i>Quase sempre ou sempre verdadeiro</i>
1	Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5
2	Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3	Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4	Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.	1	2	3	4	5
5	Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.	1	2	3	4	5
6	Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5
7	Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8	Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.	1	2	3	4	5
9	Eu observo meus sentimentos sem me perder	1	2	3	4	5

	neles.					
10	Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
11	Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5
12	É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.	1	2	3	4	5
13	Eu me distraio facilmente.	1	2	3	4	5
14	Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.	1	2	3	4	5
15	Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5
16	Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.	1	2	3	4	5
17	Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
18	Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.	1	2	3	4	5
19	Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu “dou um passo atrás” e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.	1	2	3	4	5

20	Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.	1	2	3	4	5
21	Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.	1	2	3	4	5
22	Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5
23	Parece que eu estou “funcionando no piloto automático” sem muita consciência do que estou fazendo.	1	2	3	4	5
24	Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.	1	2	3	4	5
25	Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.	1	2	3	4	5
26	Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
27	Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.	1	2	3	4	5
28	Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.	1	2	3	4	5
29	Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.	1	2	3	4	5

30	Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.	1	2	3	4	5
31	Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.	1	2	3	4	5
32	Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33	Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.	1	2	3	4	5
34	Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.	1	2	3	4	5
35	Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.	1	2	3	4	5
36	Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.	1	2	3	4	5
37	Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.	1	2	3	4	5
38	Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.	1	2	3	4	5
39	Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

Anexo 7 - Escala de Autocompaixão

Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis

Por favor, leia cada frase com cuidado antes de responder. À esquerda de cada frase, indique com que frequência você se comporta da forma descrita, usando a seguinte escala:

Quase nunca

Quase sempre

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.
- ____ 15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.

Quase nunca

Quase sempre

1

2

3

4

5

____ 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.2

____ 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 8 - Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS)

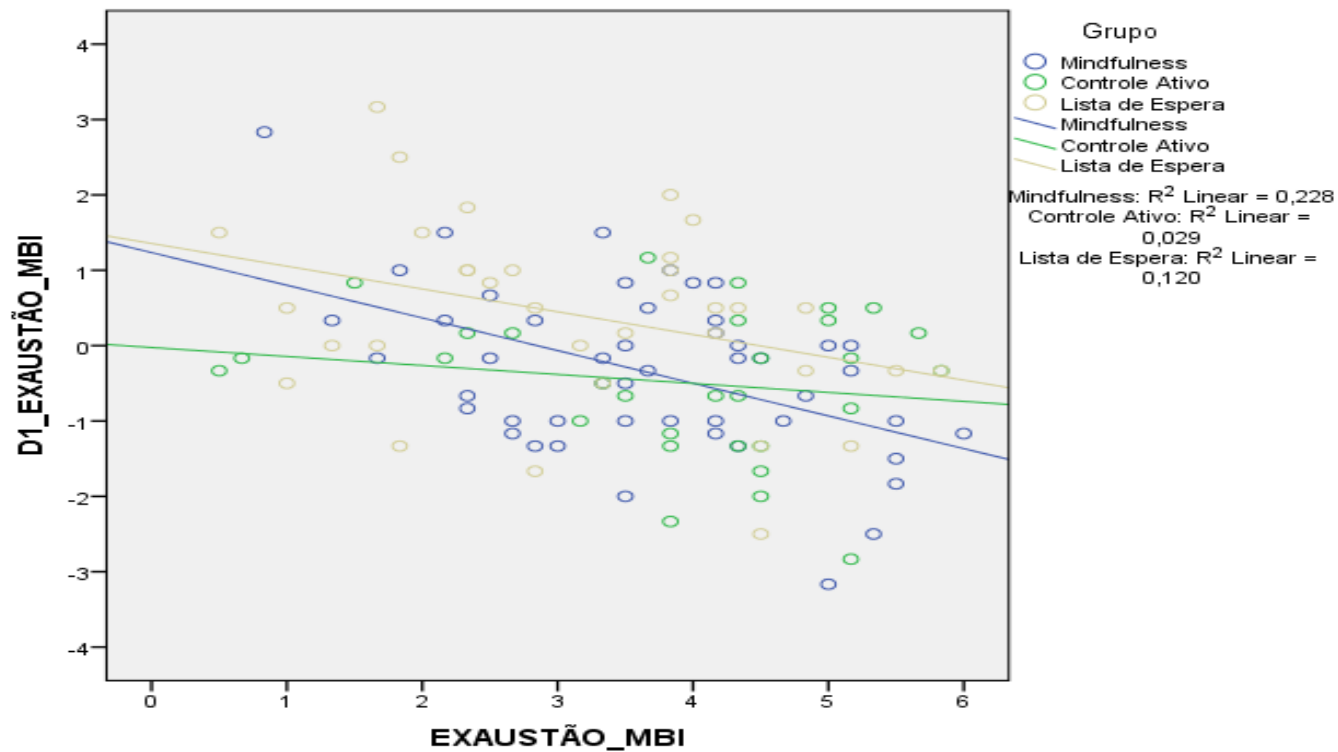
Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo – Versão Reduzida (PANAS)

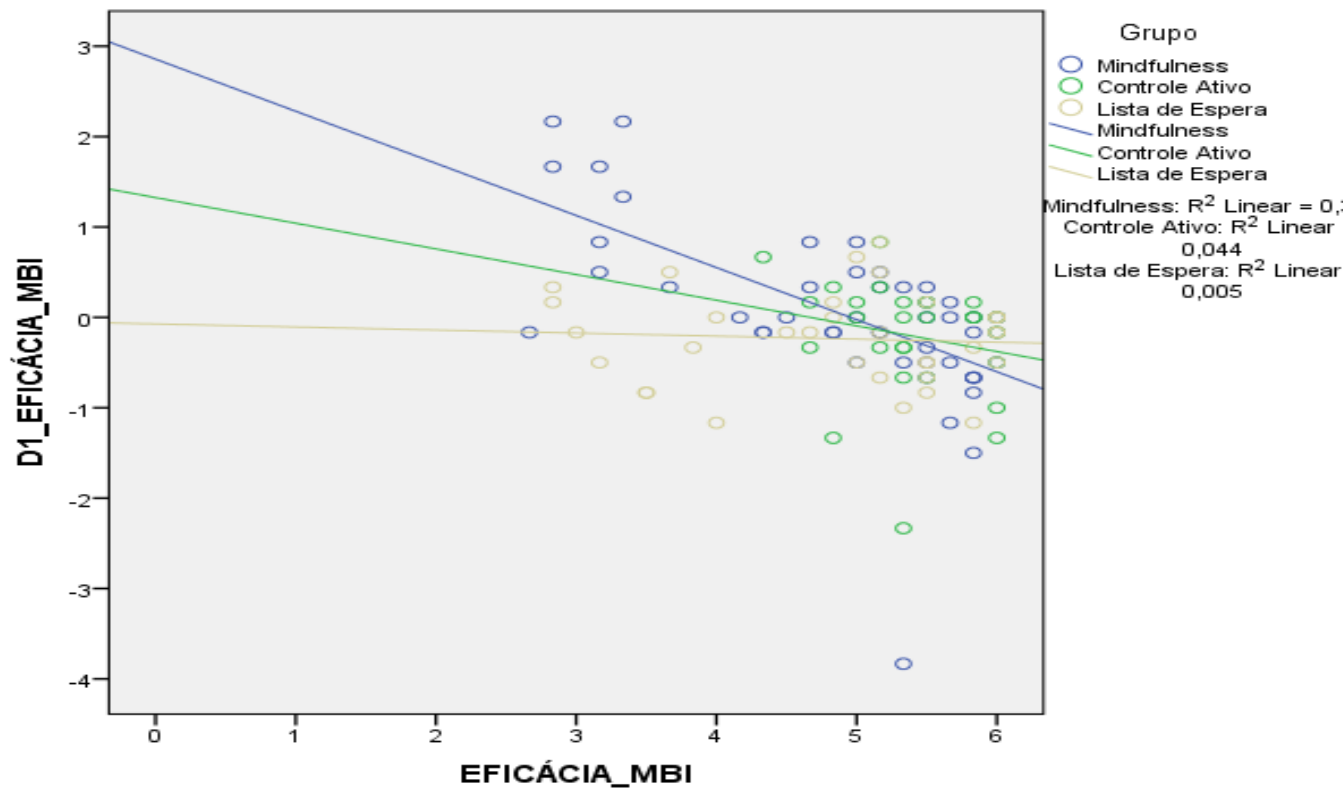
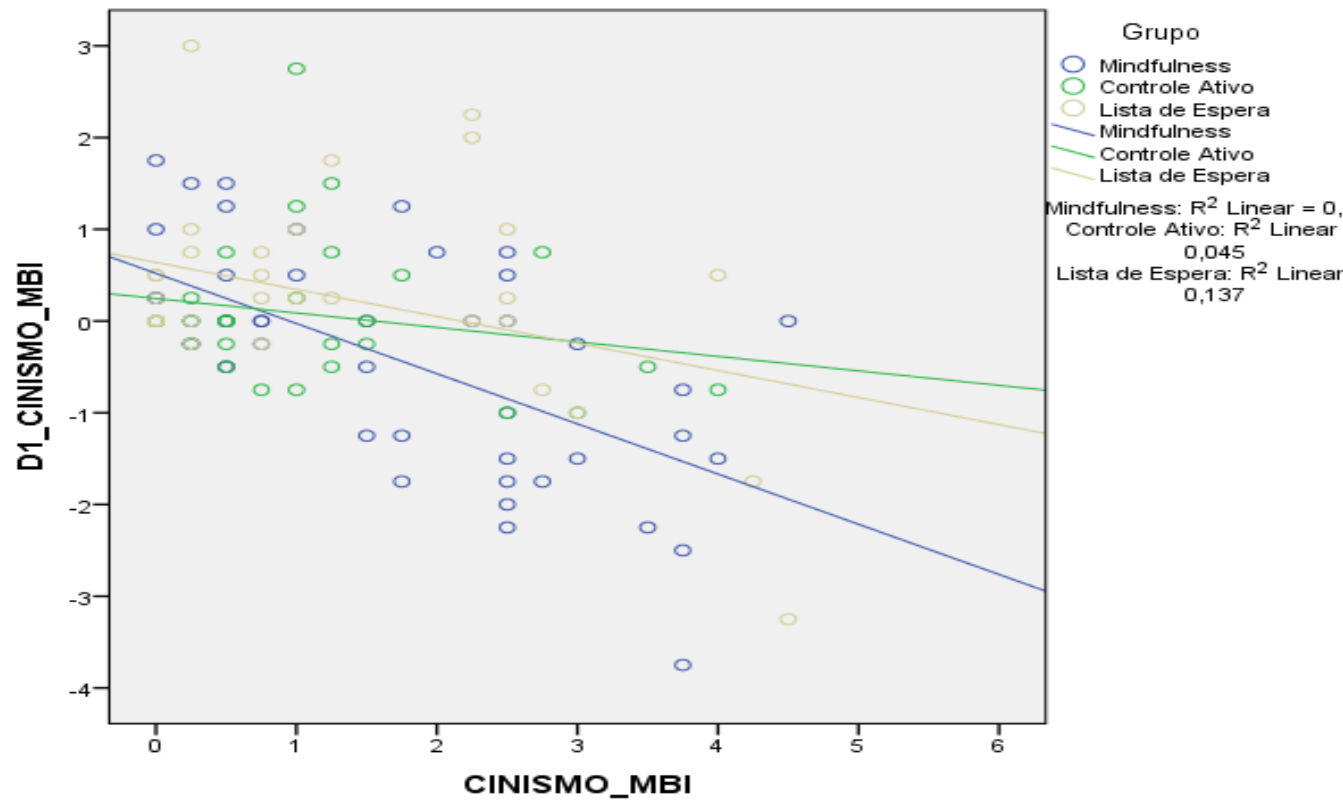
A seguir você vai encontrar uma lista de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente.

	1 nem um pouco	2 um pouco	3 moderadamente	4 bastante	5 extremamente
01. Aflito					
02. Amedrontado					
03. Angustiado					
04. Animado					
05. Apreensivo					
06. Assustado					
07. Chateado					
08. Cuidadoso					
09. Culpado					
10. Dinâmico					
11. Entusiasmado					
12. Estimulado					
13. Inquieto					
14. Inspirado					
15. Medroso					
16. Nervoso					
17. Orgulhoso					
18. Perturbado					
19. Poderoso					
20. Preocupado					
21. Produtivo					
22. Zeloso					

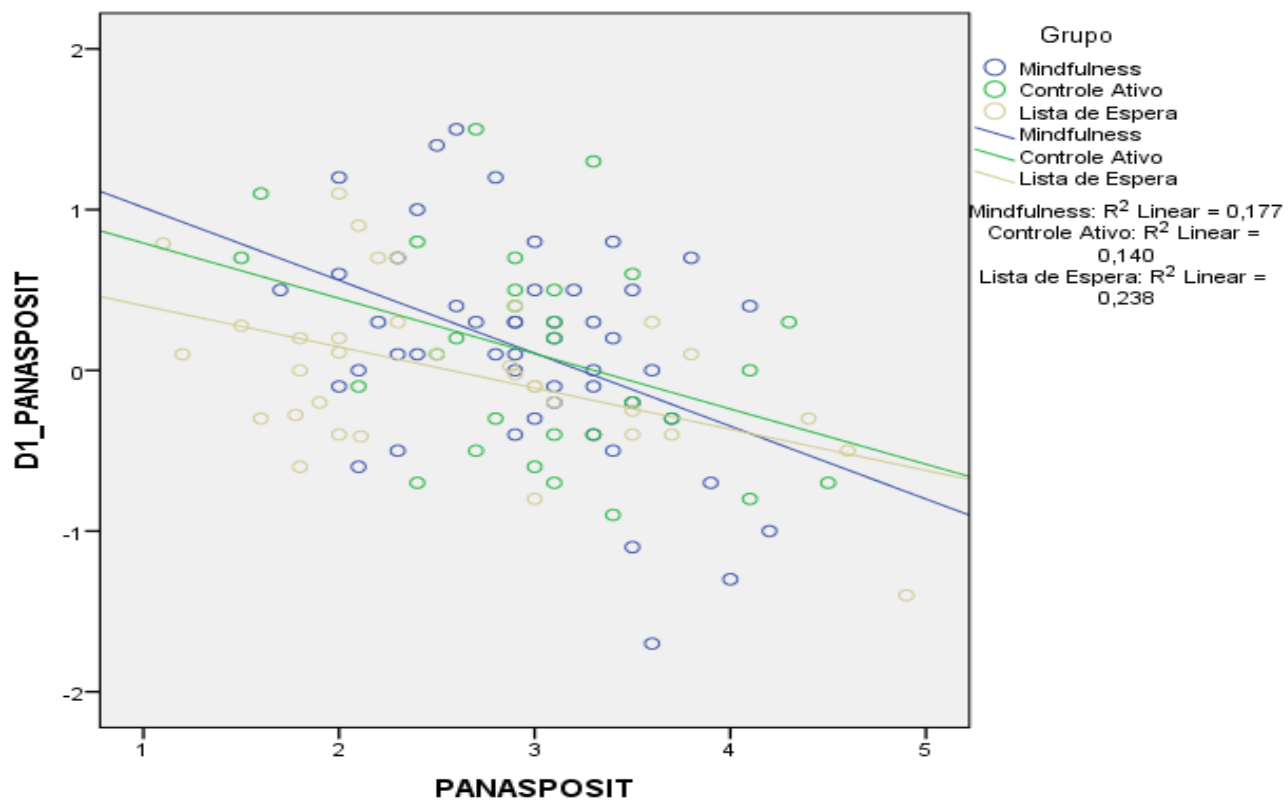
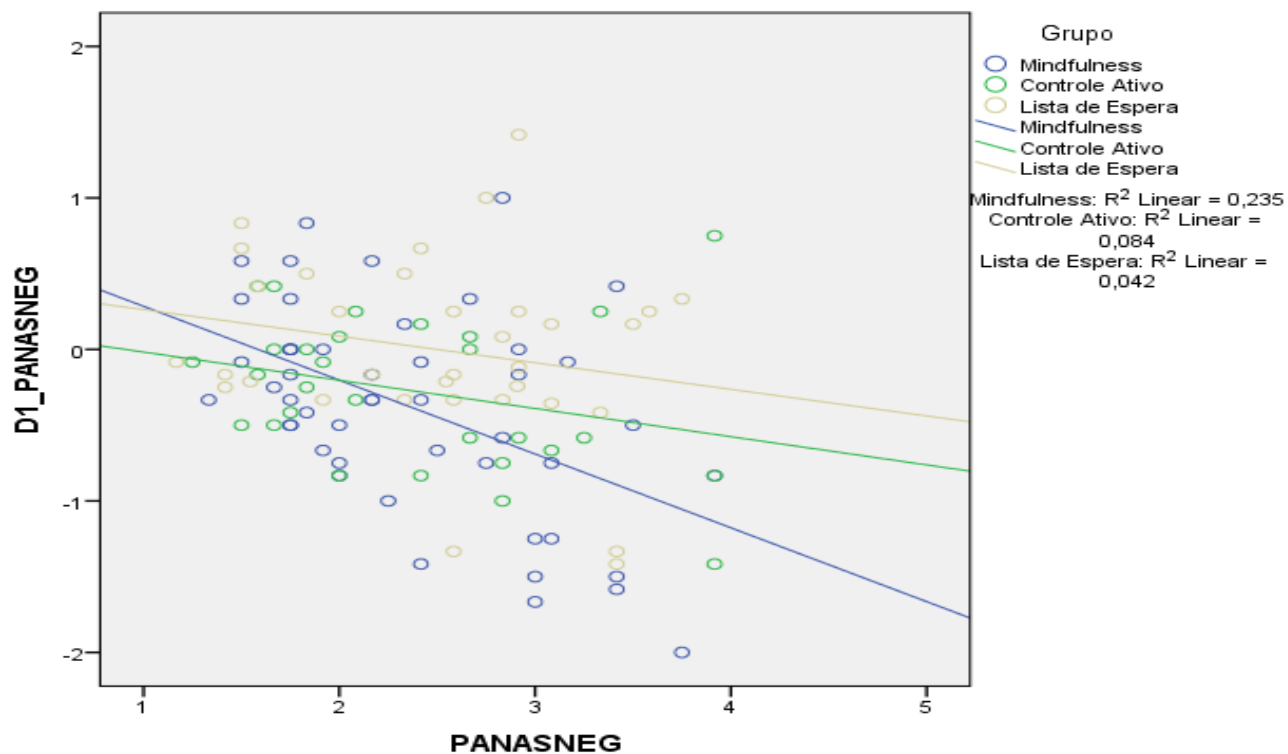
Anexo 9: Gráficos de tendência da mudança em relação à média dos escores na linha basal em todas as subescalas*

Mudanças observadas e estimadas nos escores de *Burnout* (MBI) ao final da intervenção em relação ao basal por grupo de intervenção – completadores com observações nos dois momentos.

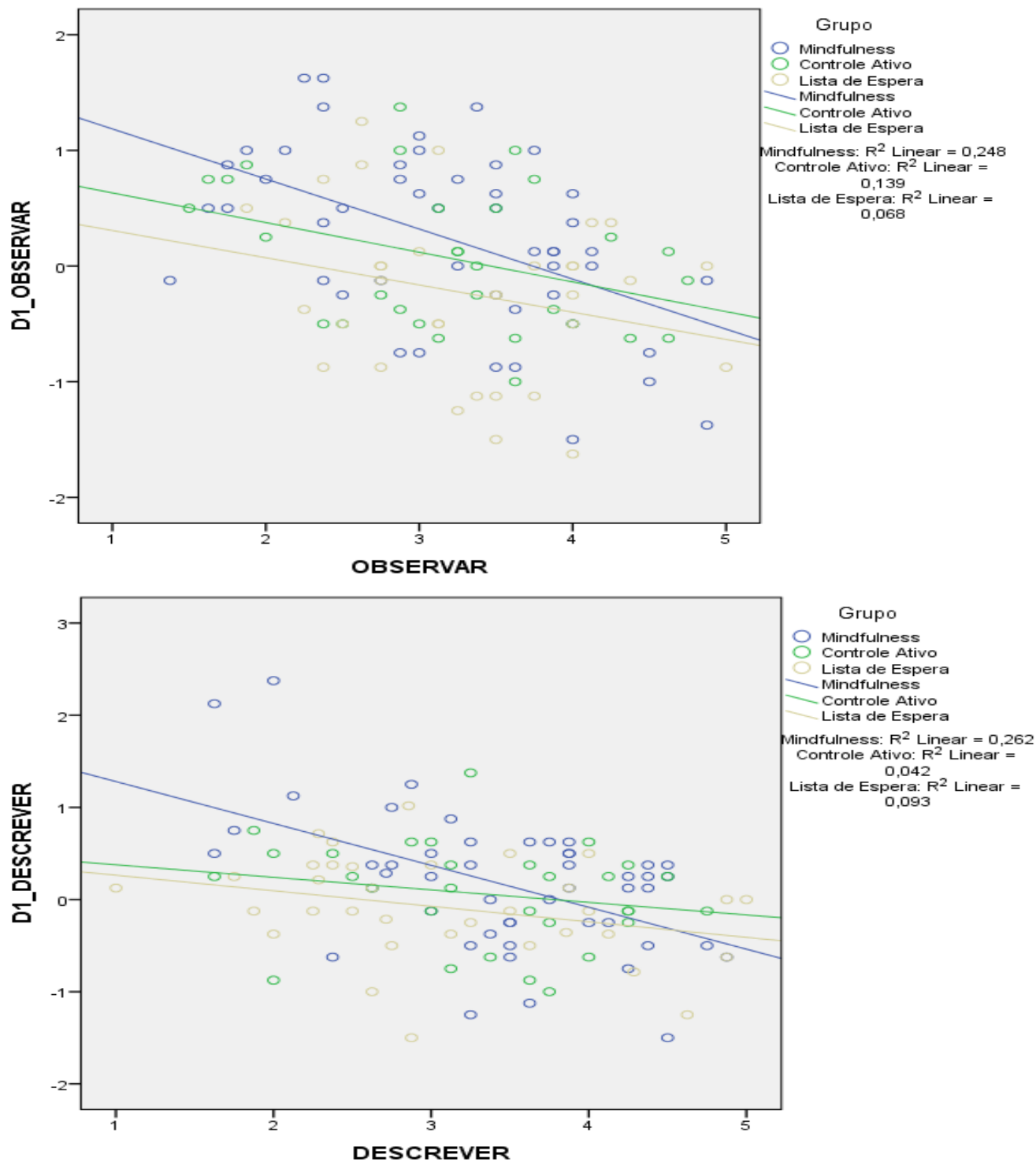


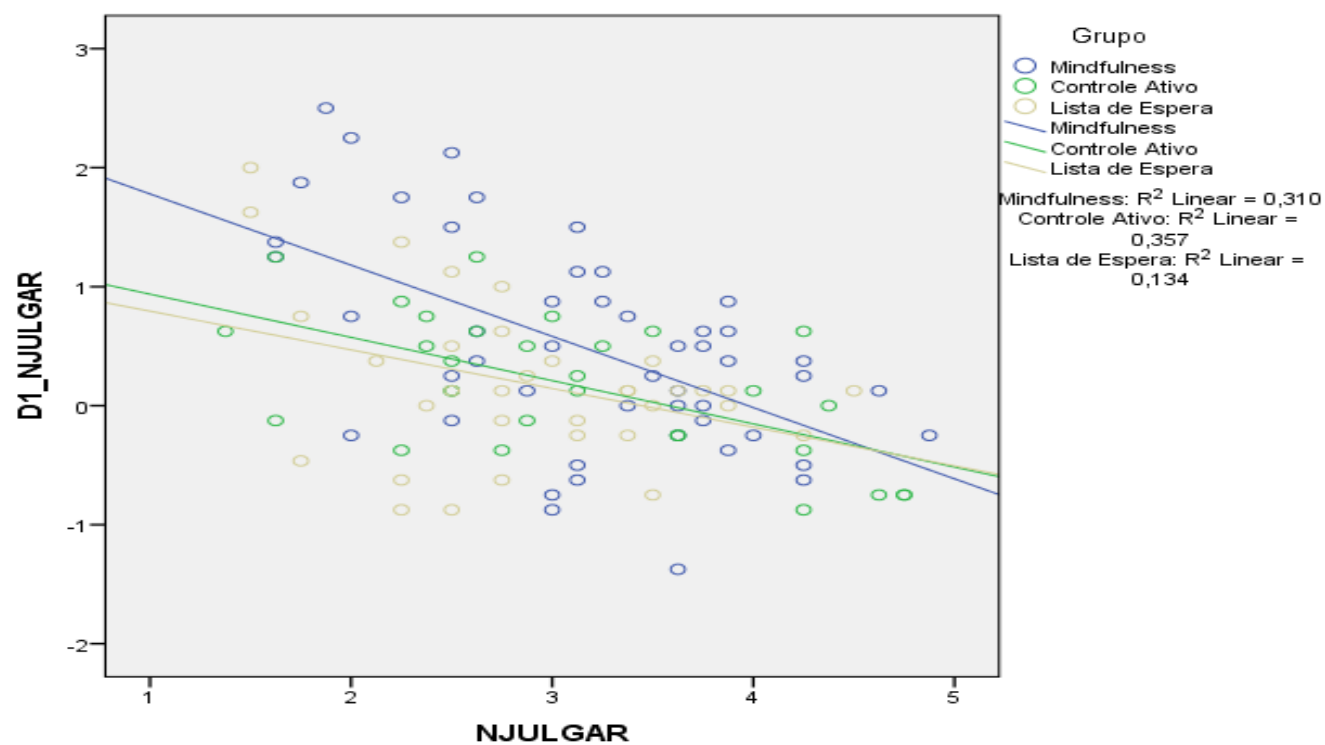
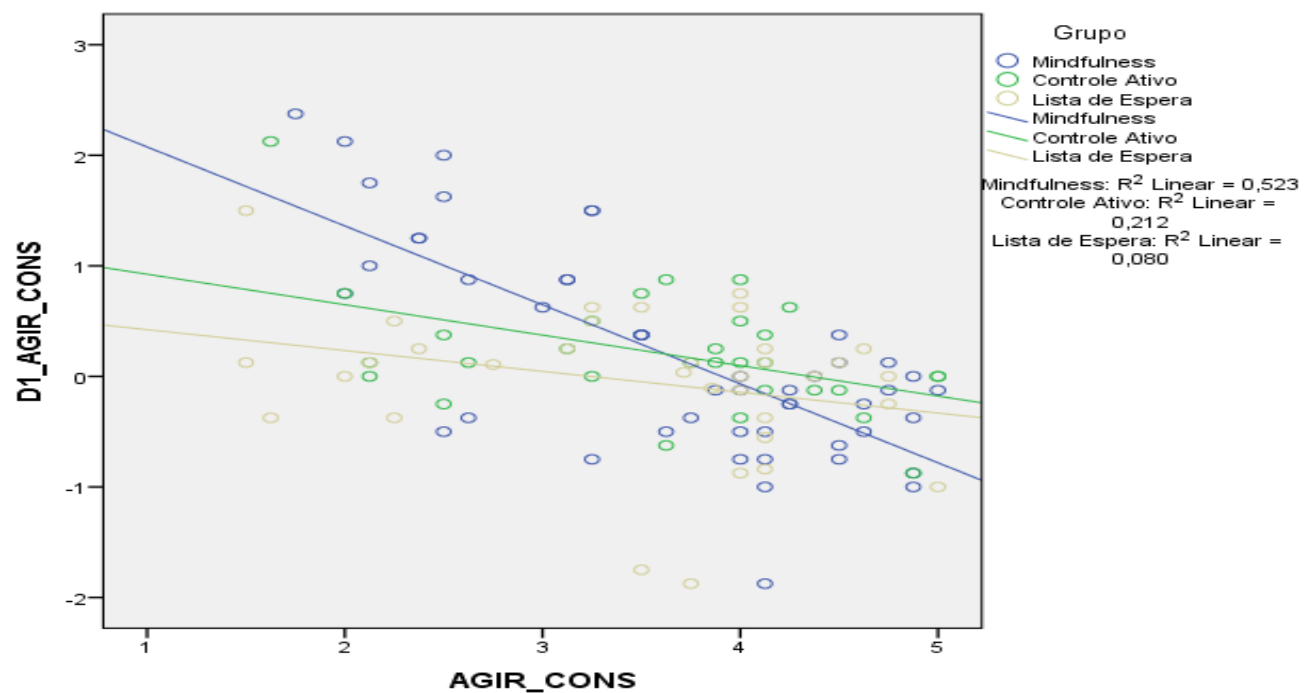


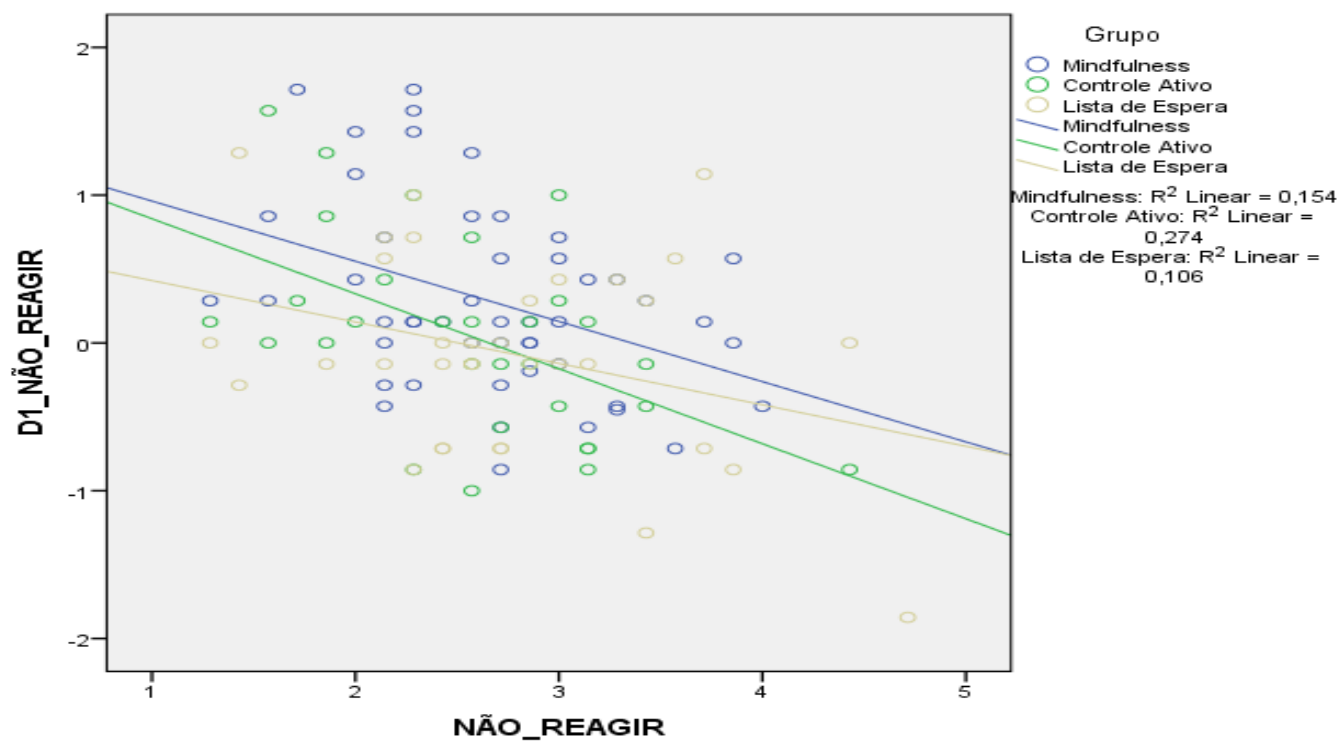
Mudanças observadas e estimadas nos escores de Afeto (PANAS) ao final da intervenção em relação ao basal por grupo de intervenção – completadores com observações nos dois momentos.



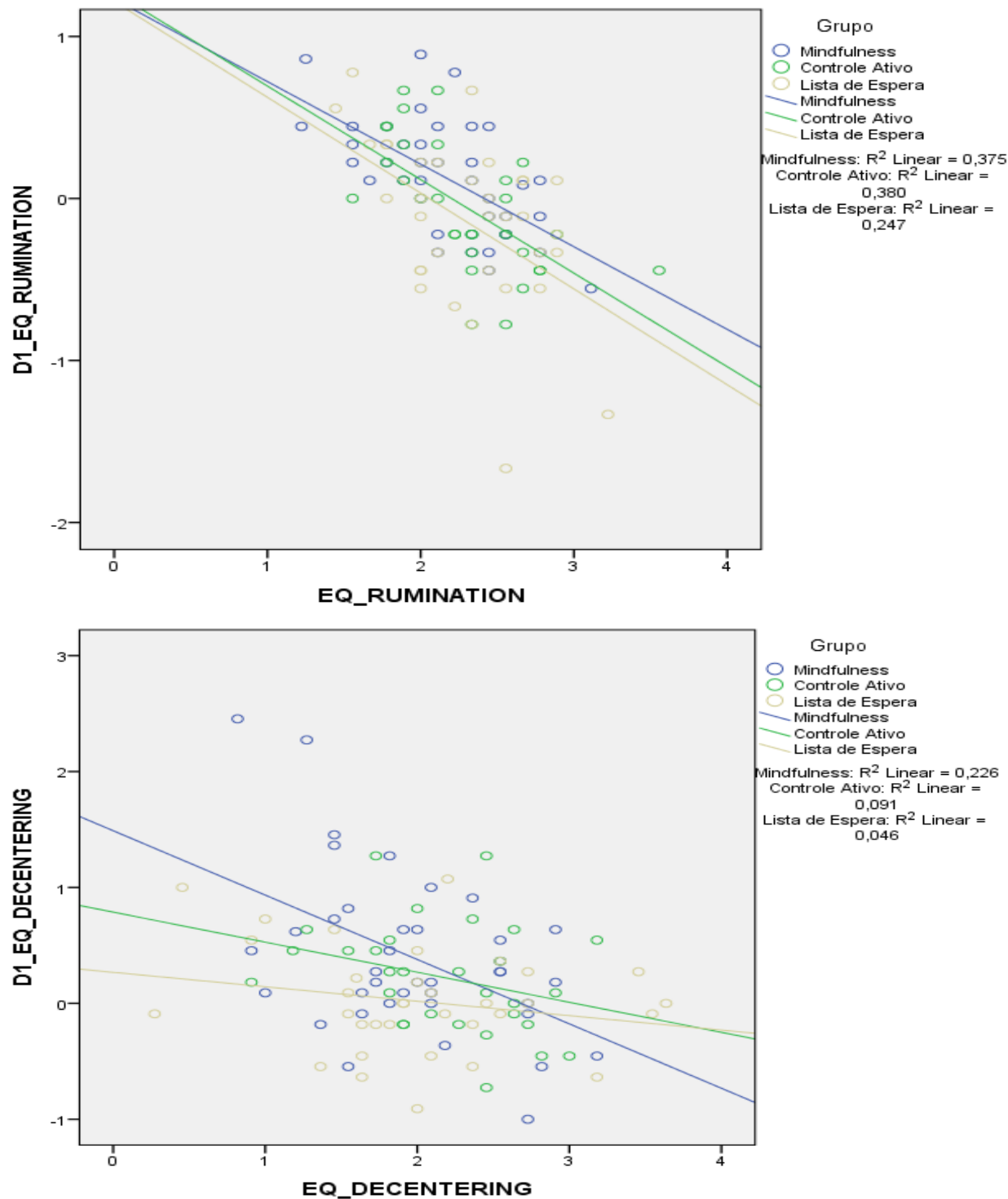
Mudanças observadas e estimadas nos escores da Escala de *Mindfulness* - FFMQ ao final da intervenção em relação ao basal por grupo de intervenção – completadores com observações nos dois momentos.



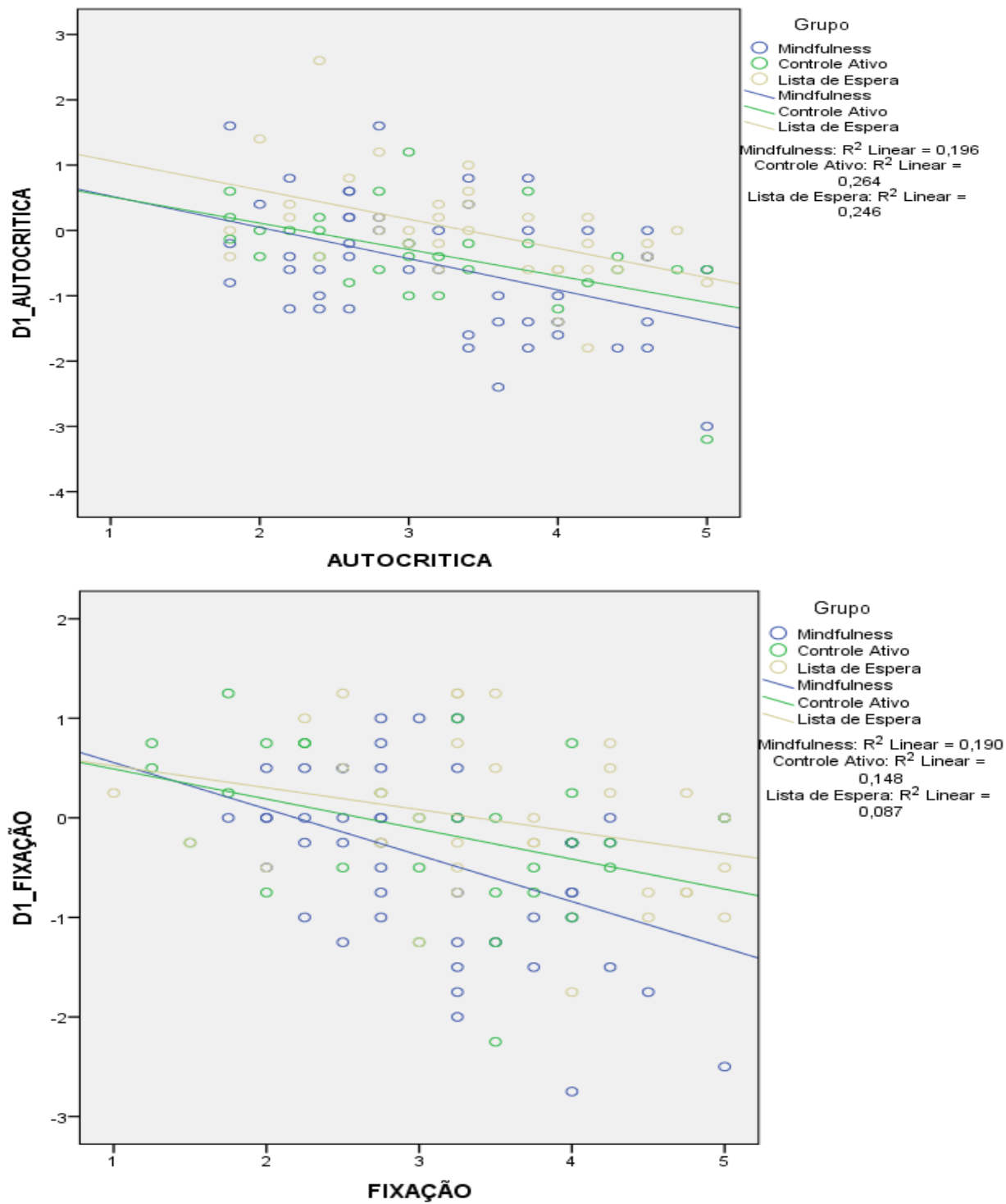


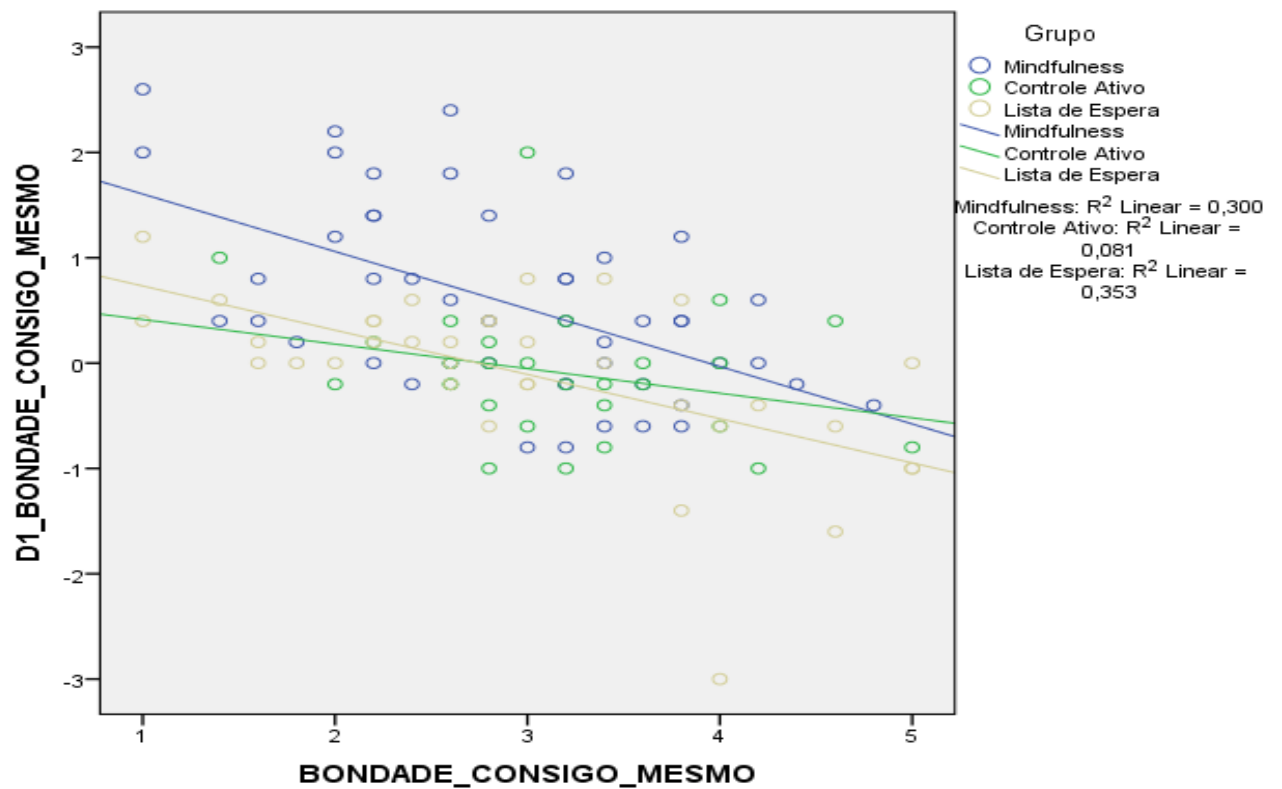
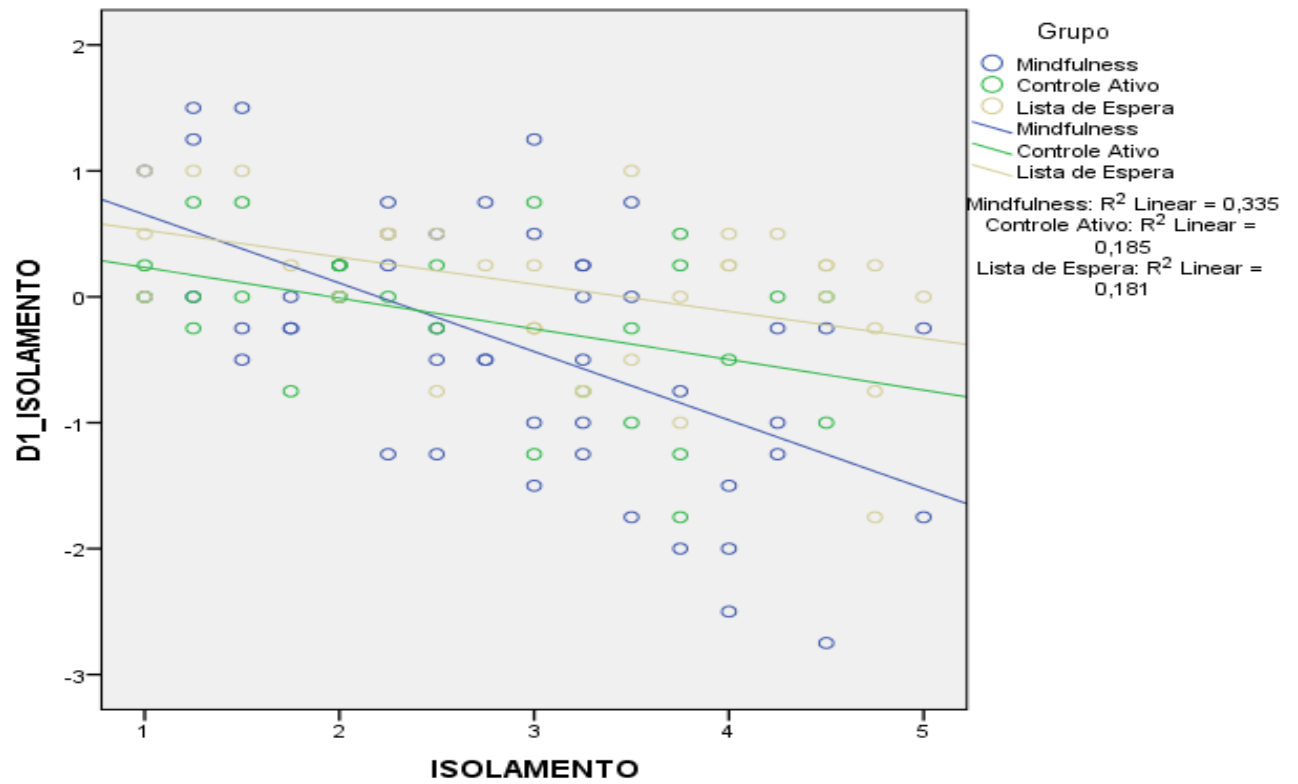


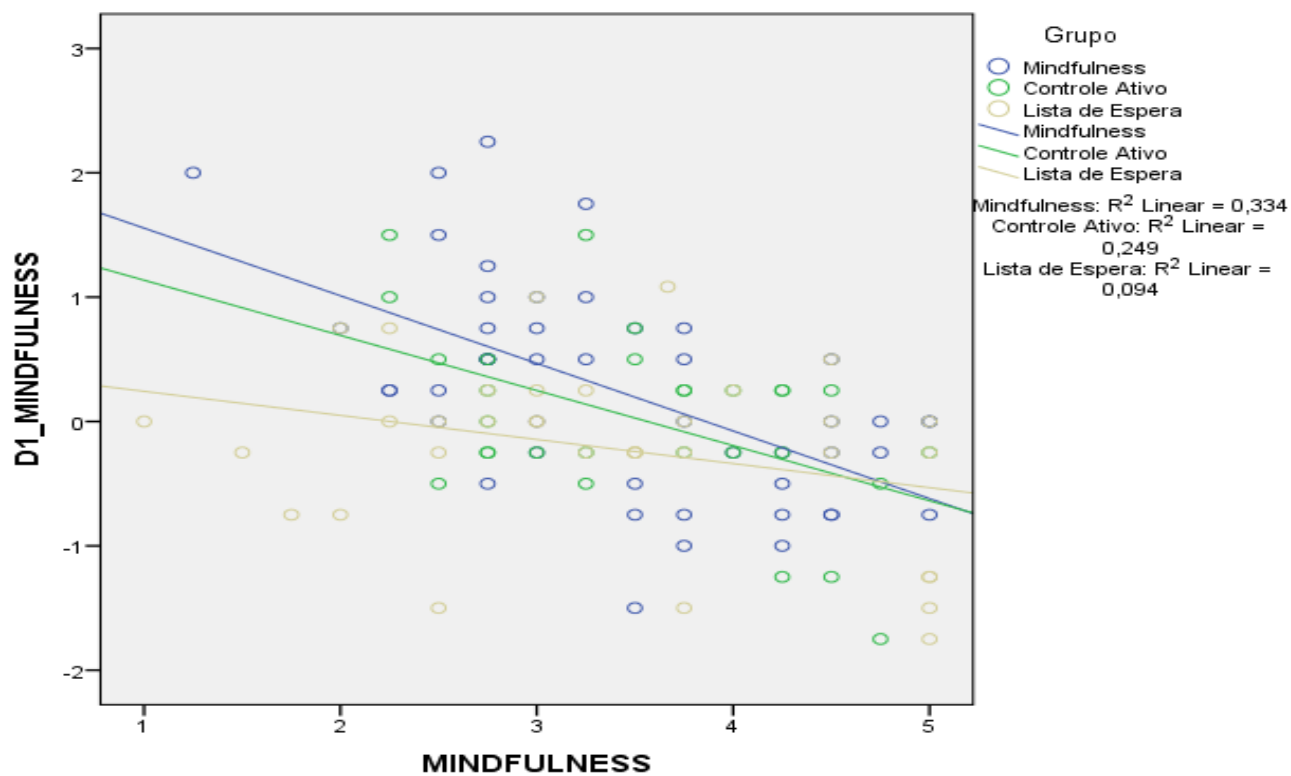
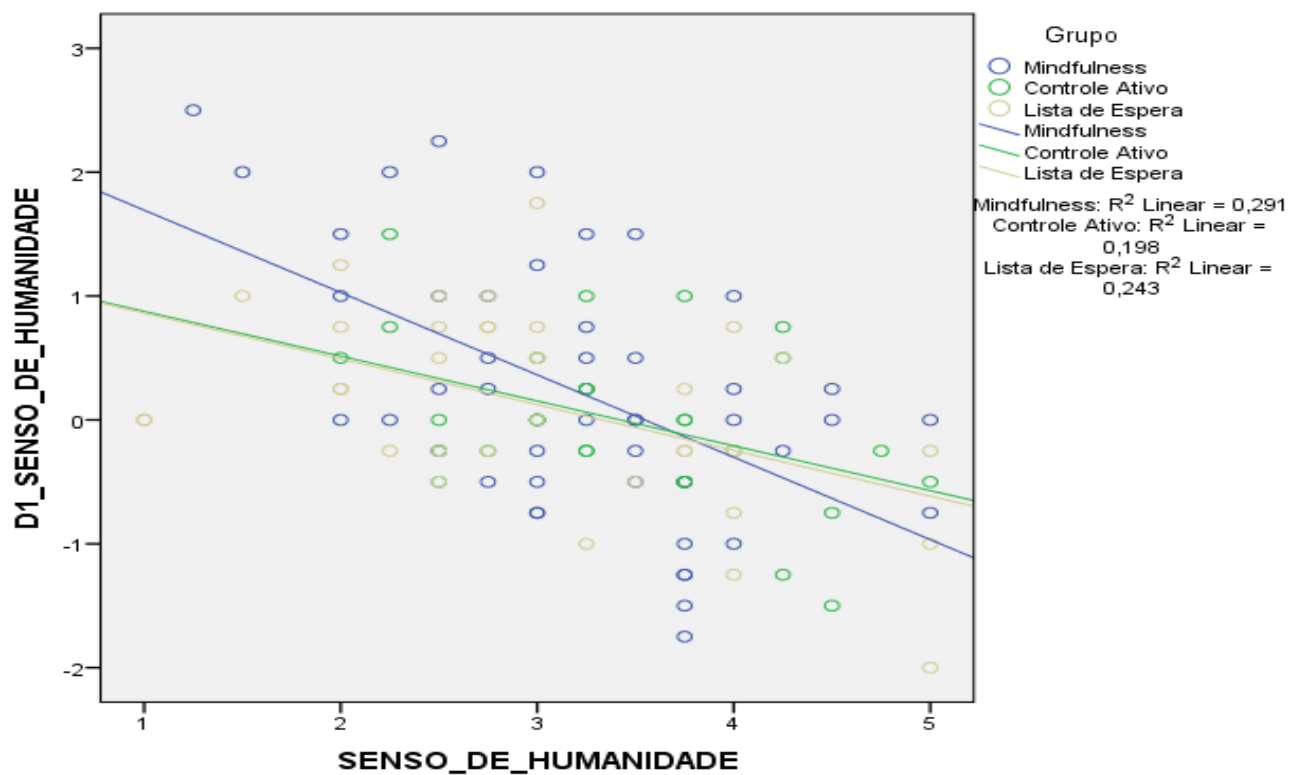
Mudanças observadas e estimadas nos escores da Escala de Experiência ao final da intervenção em relação ao basal por grupo de intervenção – completadores com observações nos dois momentos.

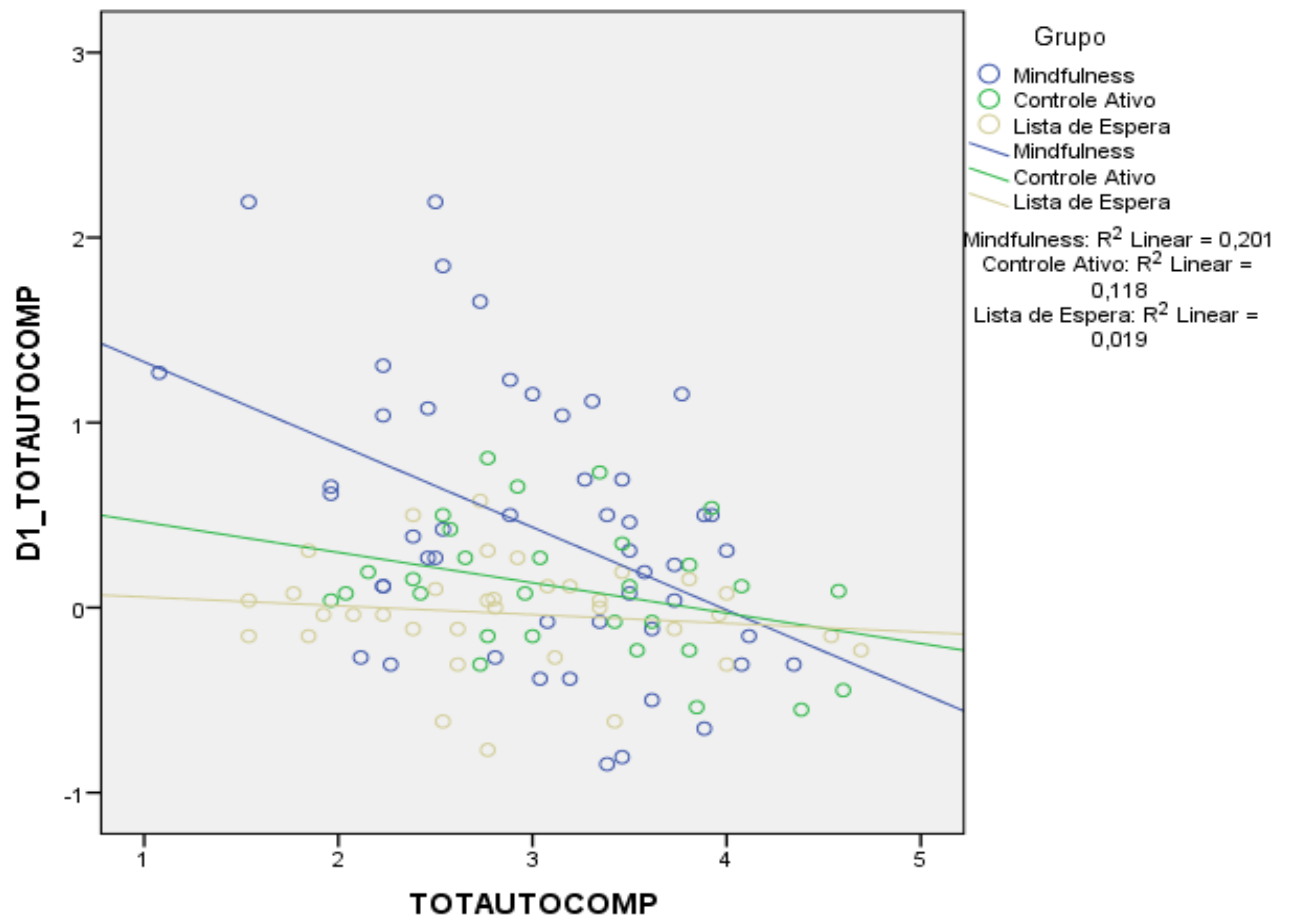


Mudanças observadas e estimadas nos escores das subescalas de AUTOCOMPAIXÃO ao final da intervenção em relação ao basal por grupo de intervenção – completadores com observações nos dois momentos.









Anexo 10: Mudanças médias nos grupos pós-intervenções e suas comparações observadas

Grupo	Mudança		Erro		IC95%	Comparação	Diferença		Erro	IC95%	IC95%	Teste		p	eta	poder
	Delta	P	P	média			t	F								
MBI																
EXAUSTÃO																
G1: Mindfulness													6,49	0,002	0,106	0,899
G2: Controle																
Ativo	-0,350	0,156	-0,660	-0,040		G1-G2	0,139	0,254	-0,365	0,642	0,586					
G3: Espera	-0,489	0,200	-0,885	-0,093		G1-G3	-0,747	0,245	-1,232	-0,263	0,003					
CINISMO	0,397	0,188	0,025	0,769		G2-G3	-0,886	0,274	-1,430	-0,342	0,002					
G1: Mindfulness												3,96	0,022	0,067	0,701	
G2: Controle																
Ativo	-0,362	0,151	-0,662	-0,063		G1-G2	-0,429	0,245	-0,915	0,057	0,083					
G3: Espera	0,067	0,193	-0,316	0,449		G1-G3	-0,642	0,236	-1,110	-0,174	0,008					
EFICÁCIA	0,279	0,181	-0,080	0,639		G2-G3	-0,213	0,265	-0,738	0,312	0,424					
G1: Mindfulness												1,38	0,255	0,025	0,292	
G2: Controle																
Ativo	0,014	0,108	-0,200	0,227		G1-G2	0,225	0,175	-0,122	0,571	0,202					
G3: Espera	-0,211	0,138	-0,484	0,062		G1-G3	0,249	0,168	-0,085	0,583	0,142					
PANAS																
Afeto Negativo													3,98	0,021	0,068	0,703
G1: Mindfulness																
G2: Controle																
Ativo	-0,276	0,114	-0,502	-0,049		G1-G3	-0,384	0,137	-0,657	-0,112	0,006					
G3: Espera	-0,002	0,106	-0,211	0,207		G2-G3	-0,274	0,156	-0,582	0,034	0,081					
Afeto Positivo												0,46	0,633	0,008	0,123	
G1: Mindfulness																
G2: Controle																
Ativo	0,090	0,114	-0,136	0,316		G1-G3	0,129	0,137	-0,143	0,401	0,349					
G3: Espera	-0,011	0,105	-0,219	0,198		G2-G3	0,100	0,155	-0,207	0,408	0,520					

Grupo	Erro		Diferença					F	p	eta	Poder			
	Delta	P	IC95%	IC95%	Comparação	média	Erro P					IC95%	IC95%	
AUTOCOMPAIXÃO														
Autocrítica														
G1: Mindfulness	-0,555	0,125	-0,803	-0,307	G1-G2	-0,199	0,205	-0,605	0,208	0,335	4,20	0,017	0,071	0,728
G2: Controle Ativo	-0,356	0,163	-0,679	-0,034	G1-G3	-0,561	0,194	-0,945	-0,177	0,005				
G3: Espera	0,006	0,148	-0,288	0,299	G2-G3	-0,362	0,220	-0,798	0,074	0,103				
Fixação														
G1: Mindfulness	-0,454	0,118	-0,687	-0,221	G1-G2	-0,333	0,193	-0,715	0,049	0,087	3,20	0,045	0,055	0,601
G2: Controle Ativo	-0,121	0,153	-0,423	0,182	G1-G3	-0,433	0,182	-0,793	-0,072	0,019				
G3: Espera	-0,021	0,139	-0,297	0,254	G2-G3	-0,099	0,207	-0,509	0,310	0,632				
Humanidade														
G1: Mindfulness	0,214	0,123	-0,029	0,458	G1-G2	0,214	0,201	-0,185	0,613	0,290	0,58	0,563	0,010	0,144
G2: Controle Ativo	0,000	0,160	-0,316	0,316	G1-G3	0,107	0,190	-0,270	0,484	0,574				
G3: Espera	0,107	0,145	-0,181	0,395	G2-G3	-0,107	0,216	-0,535	0,321	0,621				
Isolamento														
G1: Mindfulness	-0,357	0,117	-0,588	-0,126	G1-G2	-0,193	0,191	-0,572	0,185	0,314	2,73	0,070	0,047	0,530
G2: Controle Ativo	-0,164	0,151	-0,464	0,136	G1-G3	-0,421	0,181	-0,779	-0,064	0,021				
G3: Espera	0,064	0,138	-0,209	0,338	G2-G3	-0,228	0,205	-0,634	0,178	0,268				
Bondade														
G1: Mindfulness	0,567	0,114	0,342	0,793	G1-G2	0,657	0,187	0,287	1,027	0,001	9,63	<0,001	0,149	0,979
G2: Controle Ativo	-0,090	0,148	-0,383	0,204	G1-G3	0,670	0,176	0,320	1,020	0,000				
G3: Espera	-0,103	0,135	-0,370	0,164	G2-G3	0,013	0,200	-0,384	0,410	0,948				
Mindfulness														
G1: Mindfulness	0,235	0,110	0,016	0,453	G1-G2	0,226	0,181	-0,132	0,584	0,214	3,45	0,035	0,059	0,636
G2: Controle Ativo	0,009	0,143	-0,275	0,293	G1-G3	0,447	0,171	0,108	0,785	0,010				
G3: Espera	-0,212	0,130	-0,470	0,047	G2-G3	0,221	0,194	-0,163	0,604	0,257				
Total														
Autocompaixão														
G1: Mindfulness	0,422	0,077	0,269	0,574	G1-G2	0,320	0,126	0,070	0,570	0,013	7,88	0,001	0,125	0,949
G2: Controle Ativo	0,101	0,100	-0,097	0,300	G1-G3	0,454	0,119	0,217	0,690	<0,001				
G3: Espera	-0,032	0,091	-0,213	0,148	G2-G3	0,133	0,135	-0,135	0,401	0,326				

Grupo	Delta	Erro		IC95	IC95	Comparação	Diferença média	Erro		IC95	IC95	F	p	Eta	poder
		P	%					P	%						
FFMQ															
Observar												4,57	0,012	0,077	0,765
G1: Mindfulness	0,237	0,101	0,037	0,437	0,437	G1-G2	0,171	0,164	-0,154	0,495	0,300				
G2: Controle Ativo	0,067	0,129	-0,189	0,322	0,322	G1-G3	0,476	0,158	0,163	0,789	0,003				
G3: Espera	-0,239	0,121	-0,479	0,001	0,001	G2-G3	0,306	0,177	-0,045	0,657	0,087				
Descrever												1,59	0,209	0,028	0,330
G1: Mindfulness	0,164	0,091	-0,017	0,345	0,345	G1-G2	0,106	0,148	-0,188	0,399	0,477				
G2: Controle Ativo	0,058	0,117	-0,173	0,289	0,289	G1-G3	0,254	0,142	-0,028	0,536	0,078				
G3: Espera	-0,090	0,109	-0,307	0,127	0,127	G2-G3	0,148	0,160	-0,169	0,465	0,356				
Agir com Consciência												1,13	0,328	0,020	0,244
G1: Mindfulness	0,179	0,110	-0,039	0,396	0,396	G1-G2	-0,026	0,178	-0,379	0,328	0,886				
G2: Controle Ativo	0,204	0,140	-0,074	0,483	0,483	G1-G3	0,226	0,172	-0,114	0,566	0,191				
G3: Espera	-0,047	0,132	-0,309	0,214	0,214	G2-G3	0,251	0,193	-0,130	0,633	0,195				
Não-julgar												2,19	0,117	0,038	0,440
G1: Mindfulness	0,469	0,106	0,259	0,680	0,680	G1-G2	0,303	0,172	-0,038	0,644	0,081				
G2: Controle Ativo	0,167	0,136	-0,102	0,435	0,435	G1-G3	0,288	0,166	-0,040	0,617	0,085				
G3: Espera	0,181	0,127	-0,071	0,434	0,434	G2-G3	-0,015	0,186	-0,383	0,354	0,938				
Não-reagir												3,16	0,046	0,054	0,595
G1: Mindfulness	0,284	0,094	0,098	0,471	0,471	G1-G2	0,241	0,153	-0,061	0,544	0,117				
G2: Controle Ativo	0,043	0,120	-0,196	0,281	0,281	G1-G3	0,356	0,147	0,064	0,647	0,017				
G3: Espera	-0,071	0,113	-0,295	0,153	0,153	G2-G3	0,114	0,165	-0,213	0,441	0,490				
EXPERIÊNCIA															
Ruminação												3,94	0,023	0,073	0,697
G1: Mindfulness	0,127	0,068	-0,009	0,262	0,262	G1-G2	0,186	0,104	-0,020	0,392	0,076				
G2: Controle Ativo	-0,059	0,078	-0,214	0,095	0,095	G1-G3	0,274	0,100	0,075	0,472	0,007				
G3: Espera	-0,147	0,073	-0,292	-0,002	-0,002	G2-G3	0,088	0,107	-0,124	0,300	0,413				
Descentramento												3,98	0,022	0,074	0,702
G1: Mindfulness	0,391	0,091	0,211	0,571	0,571	G1-G2	0,170	0,137	-0,103	0,442	0,219				
G2: Controle Ativo	0,221	0,103	0,016	0,426	0,426	G1-G3	0,375	0,133	0,111	0,638	0,006				
G3: Espera	0,017	0,097	-0,176	0,209	0,209	G2-G3	0,205	0,142	-0,077	0,486	0,152				

Anexo 11: Questões norteadoras para os grupos focais de Mindfulness e Relaxamento

Questões para o Grupo Focal de Mindfulness Pré-intervenção

1-Cada um diz o nome, cargo, local de trabalho e o motivo do interesse em *mindfulness*.

2- Discorrer sobre o que sabem ou imaginam sobre o que é *mindfulness* e sobre como será o programa de oito semanas; quais as expectativas e resultados imaginados.

3- Você se considera apto para a prática de *mindfulness*? Por quê?

4- Você tem conseguido estar com a mente atenta as suas atividades do dia-dia? Como em casa, trabalho, seu momento de descanso? Relate algumas experiências.

5- Quais os fatores que influenciam você a buscar praticar as técnicas de *mindfulness* em sua vida?

6- Você acha que o programa de oito semanas de *mindfulness* poderá contribuir para você lidar melhor com o seu estresse? Por quê?

7- O que vocês pensam sobre o oferecimento de programas de mindfulness para os profissionais da rede de atenção básica? Que benefícios isso poderia trazer? Quais as dificuldades? Como superar essas dificuldades?

8- O que vocês pensam sobre o oferecimento de programas de mindfulness para os usuários da rede de atenção básica? Que benefícios isso poderia trazer? Quais as dificuldades? Como superar essas dificuldades?

Questões para o Grupo Focal de Mindfulness Pós-intervenção

- 1- Nome, cargo e local de trabalho e sua Percepção sobre o programa de 8 semanas de mindfulness?
- 2- O que deve melhorar?
- 3- O que sabe sobre o que é mindfulness hoje?
- 4- Você se considera apto para a prática de mindfulness? Por quê?
- 5- Você tem conseguido estar com a mente atenta as suas atividades do dia-dia? Como em casa, trabalho, seu momento de descanso? Relate algumas experiências.
- 6- Quais os fatores que influenciam você a buscar praticar as técnicas de mindfulness em sua vida?
- 7- Você acha que o programa de oito semanas contribuiu para você lidar melhor com o seu estresse? Por quê?
- 8- O que você pensa sobre o oferecimento de programas de mindfulness para os profissionais da rede de atenção básica? Que benefícios isso poderia trazer? Quais as dificuldades? Como superar essas dificuldades?
- 9- O que você pensa sobre o oferecimento de programas de mindfulness para os usuários da rede de atenção básica? Que benefícios isso poderia trazer? Quais as dificuldades? Como superar essas dificuldades?

Grupo Focal de Relaxamento Pré-intervenção:

- 1- Nome, cargo e o motivo do interesse em participar dessa pesquisa para o cuidado do estresse do trabalhador.
- 2- Quais as expectativas com esse trabalho?
- 3- Que benefícios isso poderia trazer para os profissionais?
- 4- O que vocês pensam sobre o oferecimento de programas de intervenção para o estresse dos profissionais da saúde?
- 5- Quais são as dificuldades de implementar intervenções para o estresse dos profissionais da atenção primária? Quais são as barreiras?

Grupo Focal de Relaxamento Pós-intervenção:

- 1- Apresentação, todos dizem o nome, o cargo e o local de trabalho
- 2- Qual foi a sua percepção sobre o programa de 4 semanas para redução de estresse no trabalho?
- 3- O que deve melhorar no programa? Sugestões.
- 4- Você tem conseguido praticar as técnicas relaxantes (relaxamentos variados, alongamentos, respiração) em casa ou no trabalho? Como?
- 5- Você acha que o programa de quatro semanas para redução de estresse contribuiu para você lidar melhor com o seu estresse no trabalho? Justifique.
- 6- Quais os fatores positivos e quais os fatores negativos que o programa trouxe para sua saúde e para o seu cotidiano?
- 7- Se tivessem que dar um nome a esse programa, que nome que dariam? E por quê?

Anexo 12 – Fotos autorizadas, dos encontros finais, dos participantes da pesquisa.

Cabe destacar que: Não somos um “N”, somos pessoas!

1- Grupos de Relaxamento







Grupos de Mindfulness









10. REFERÊNCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E & Domínguez, V. (2004). *Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
- Albuquerque, F.J.B., Melo, C.F. & Araújo Neto, J.L. (2012). Avaliação da síndrome de *burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 542-549.
- Allen, N. B., Chambers, R., Knight, W., Blashki, Grant, A., Ciechomski, L. D., Hased, C.S., Gullone, E., McNab, C.E.L. & Meadows, G.N. (2006). *Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- Arch, J.J, Ayers, C.R., Bakr, A., Almklov, E., Dean, D.J. & Craske, M.G. (2013). Randomized clinical trial of adapted *mindfulness-based* stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 185–196.
- Asuero, M. A e Banda, G. G. (2010). The *Mindfulness-Based* Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*, 13, 897–905.
- Asuero, M.A., Blanco, R.T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A. & Queralto, J. M. (2013). Effectiveness of a *mindfulness* program in primary care professionals. *Gac Sanit*, 27(6), 521-8.
- Asuero, M.A., Queralto, E., Pujol-Ribera, A., Berenguera, T., Rodriguez-Blanco & Epstein, R.M. (2014). Effectiveness of a *mindfulness* education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial, *J. Contin. Educ. Health Prof*, 34(1), 4-12.
- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U.(2010). *Burnout* prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns.*, 78(2), 184-90.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of *mindfulness*. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in *mindfulness* and acceptance-based treatments. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (p: 135-153). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H.J.& Bosveld, W. (2001). *Burnout* Contagion Among General Practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 82-98.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M. & Schaufeli, W.B. (2005) *Burnout* contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*, 51:276–87.

- Barros, V.V., Kozasa, E.H., Souza, I.C.W. & Ronzani, T.M. (2014). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3),317-327.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative *mindfulness*-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C.J., Carson, J., (2015). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, *burnout* and well-being in trainee counsellors and trainee cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *J. Couns. Psychother. Res.*, 16, 15-23.
- Beck, A.T. & Clark, D.A. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*, Porto Alegre: Editora Artmed.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (org.). (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benito, E., Arranz, P. & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC.*,18, 59-65.
- Benson H, Proctor W. (2010) *Relaxation revolution. Enhancing your personal health through the science and genetics of mind body healing*. New York: Scribner.
- Benzo, R, P, Kirsch, J.L. & Nelson, C. (2017). Compassion, *Mindfulness*, and the Happiness of Healthcare Workers. *Explore.*,13(3),201-206.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Ver*, 36:28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
- Braga, L.C., Carvalho, L.R. & Binder, M.C.P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1585-1596.
- Brasil (1999). Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 1.339/GM - MS, de 18.11.1999 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html Acessado em: 01.09.2017.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf Acessado em: 01/09/2017
- Brasil (2006). Portaria no 399 de 22.02.2006. Portaria 399 de 22.02.2006. ORTARIA Nº 399. Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf Acessado em: 01/09/2017

- Brasil (2012). Ministério da Saúde, Portaria 1823 de 23.08.2012, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- Brasil (2017). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) 28/03/2017, portaria 849. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_D_E_2017.aspx Acessado em: 01/09/2017.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun V., Clarke, V. (n.d.). Frequently asked questions – Why don't we advocate multiple-coders and inter-rater reliability for TA? Disponível em: <https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/our-research/research-groups/thematic-analysis/frequently-asked-questions-8.html> Acessado em: 01.09.2017.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W.B. & Nogareda, C. (2007). The syndrome of exhaustion at work *burnout*: Instrument and assessment. Nota Técnica de Prevención. Número 732. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Hygiene en el Trabajo.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, D. J. (2007). *Mindfulness*: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–23.
- Buchholz, L. (2015). Exploring the promise of *mindfulness* as medicine, *JAMA. U. S.*, 314(13), 1327-1329.
- Burch, V. (2008). Living Well With Pain And Illness: Using *mindfulness* to free yourself from suffering: The Mindful Way to Free Yourself from Suffering. Piatkus: London.
- Burch, V. & Penman, D. (2013). *Mindfulness* for Health: A Practical Guide to Relieving Pain, Reducing Stress and Restoring Wellbeing, Londres: Piatkus Books.
- Burton, A., Burges, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. & Jones, S. (2017). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: a systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28.
- Camilo, S.H.H.,Chaves, L.D.P., Silva, V.L.S & Angerami, E.L.S. (2012). Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(6), 733-38.
- Carlotto, M. S.& Gobbl, M. D. (1999). Síndrome de *Burnout* um problema do indivíduo ou de seu contexto de trabalho? *Aletheia*,10, 103-114.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between *mindfulness* practice and levels of *mindfulness*, medical and psychological symptoms, and well-being in a *mindfulness*-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23–33.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of *mindfulness* in a *mindfulness*-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 613–626.

- Cash, M., & Whittigham, K. (2010). What facets of *mindfulness* contribute to psychological well-being, and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness*, 1, 177–182.
- Castro Filho, E D. (2011). Telessaúde no apoio a médicos da atenção primária (tese de doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Carvalho, B.G., Peduzzi, M., & Ayres, J.R.C.M. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1453-1462.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). *Mindfulness*-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15(5), 593–600.
- Chu, A. H. Y., Koh, D., Moy, F.M., Müller-Riemenschneider, F. (2014). Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occup Med*, 64 (4), 235-245.
- CID-10 (1997). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2(6). Organização Mundial da Saúde.
- Codo, W. e Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *burnout*? Em W. Codo (Org.), Educação: Carinho e trabalho (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S.D., Capuano, T, Baker, D.M, Kimmel, S. & Shapiro, S. (2005). The effects of *mindfulness*-based stress reduction on nurse stress and *burnout*, part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic nursing practice*, 19, 26-35.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 010, de 21.07.2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em:
<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> Acessado em 01.09.2017.
- Costa, D., Lacaz, F. A. C., Jackson, J. M. & Vilela, R. A. G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11-21.
- Costa J. & Pinto-Gouveia J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clin Psychol Psychother*, 18, 292-302.
- Crane, R. & Kuyken, W. (2013). The Implementation of *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience, *Mindfulness*, 4(3), 246–254.
- Cramer, H., Lauche, H., Paul, A. & Dobos, G. (2012). *Mindfulness*-based stress reduction (MBSR) for breast cancer: a systematic review of randomized-controlled trials. *Curr Oncol*. 19(5);343-352.
- Cramer, H., Hall, H., Leach, M., Frawley, J., Zhang, Y., Leung, B., Adams, J. E. & Lauche, R. (2016). Prevalence, patterns, and predictors of meditation use among US adults: A nationally representative survey, *Scientific Reports* 6, 36760.

- Curtiss, J., Klemanski, D.H., Andrews, L., Ito, M. & Hofmann, S.G. (2017). The conditional process model of *mindfulness* and emotion regulation: An empirical test. *Journal of Affective Disorders*, 212, 93-100.
- Cusens, B., Duggan, G.B., Thorne, K. & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks *mindfulness*-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of *mindfulness*. *Clin Psychol Psychother*. 17(1),63 78.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & Mackay, M. (1996). Manual de relaxamento e redução do estresse. São Paulo: Summus.
- Dias, E.C., Rigotto, R.M., Augusto, L.G.S., Cancio, J., Hoefel, M.G.L.(2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(6), 2061-70.
- Dilégio, A.S., Facchini, L.A., Tomasi, E.S., Thumé, E., Piccini, R. X., Silveira et al. (2012). Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 503-514.
- Durkin, M., Beaumont, E., Hollins, M.C.J.& Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Educ Today*, 46:109-114.
- Dyrbye, L.N. & Shanafelt, T.D. (2011). Physician *burnout*: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305, 2009-10.
- Erismann, S. M., & Roemer, L. (2010). A preliminary investigation of the effects of experimentally induced *mindfulness* on emotional responding to film clips. *Emotion*, 10, 72–82.
- Esch, T. & Stefano, G.B. 2010. The neurobiology of stress management. *Neuro Endocrinology Letters*, 31(1):19-39.
- Evangelista, A.I.B, Pontes, A.G.V. Silva, J.V. & Saraiva, A.K.M. (2011). A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro, *Rene*, 12, 1011-20.
- Farber, B. A. (1990). *Burnout* in Psychotherapist: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 35-44.
- Farber, B. A. (1999). Inconsequentiality -The key to understanding teacher *burnout*. In R. Vandenberghe & M. Huberman (Eds.). *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 159-165). NY: Cambridge University Press.
- Farber, B. A. (2000). Understanding and Treating *Burnout* in a Changing Culture. *Psychotherapy in Practice*, 56(5), 589-594.
- Farquharson, B., Bell, C., Johnston, D., Jones, M., Schofield, P., Allan, J. & Johnston, M., (2013). Nursing stress and patient care: real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: study protocol. *J. Adv. Nurs.*, 69(10), 2327-2335.
- Feldman, G., Greeson, J. & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behav Res Ther.*, 48(10), 1002-11.

- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). *Mindfulness*-based stress reduction and *mindfulness*-based cognitive therapy - a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102-119.
- Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A. & Rakel, D. (2013). Abbreviated *mindfulness* intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*, 11(5), 412-420.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a *mindfulness*-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-25.
- Franco, J.C. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de atención primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en consciencia plena (*mindfulness*). *Aten Primaria*, 42, 564–70.
- Fredrickson, B., Cohn, M., Coffey, K., Pek, J., & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1062.
- Fresco, D., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, H. S., Teasdale, J. D., et al. (2007). Initial psychometric properties of the experience questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behaviour Therapy*, 38, 234-246.
- Fresco, D.M., Segal, Z.V., Buis, T. & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *J Consult Clin Psychol*;75(3), 447-55.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *J Soc Issues*, 30:159-65.
- Frisvold, M. H., Lindquist, R., & McAlpine, C. (2012). Living life in the balance of mid-life: Lessons learned from *mindfulness*. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 265-278.
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week *mindfulness* meditation program: *Mindfulness* in practice. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(4), 255–261.
- Galvan, M. R.; Dal Pai, D. & Echevarría-Guanilo, M.E. (2016). Automedicação entre profissionais da saúde, *REME*, 20(e959).
- Garland, E. L., Gaylord, S. A. & Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal coping mediates the stress-reductive effect of *mindfulness*: an upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59–67.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York, NY: Guilford Press
- Germer, C.K. & Neff, K.D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *J Clin. Psychol*, 69, 856–867.

- Gilbert, C. (1999). Yoga and Breathing. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 3(1), 44-54.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and selfattacking. In P. Gilbert, (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London, UK: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Gilbert, P., & Choden (2014). *Mindful compassion: how the science of compassion can help you to understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Goldin, P.R., Gross, J.J.P., Elizabeth, A., Anderson, A. K., Jha, A. & Segal, Z. V. (2010). Effects of *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.
- Goodman, M.J. & Schorling, J.B. (2012) A *mindfulness* course decreases *burnout* and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 119-128.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A, Sharma R, Berger, Z, Sleicher et al. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 174, 357-368.
- Gustin, L. & Wagner, L., (2013). The butterfly effect of caring—clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand. J. Caring Sci.* 27(1), 175-183.
- Hallion, L.S. & Ruscio, A.M. (2013). Should uncontrollable worry be removed from the definition of GAD? A test of incremental validity. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 369-375.
- Hanh, T. N. (1975). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon.
- Hanley, A.W., Warner, A. R., Dehili, V.M., Canto, A.I., & Garland, E.L. (2015). Washing Dishes to Wash the Dishes: Brief Instruction in an Informal *Mindfulness* Practice, *Mindfulness*, 6(5),1095-1103.
- Hee, Y.Y. & Kyung, J. K., (2012). A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean J. Adult Nurs.* 24(1), 38–51.
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M.T., MacNulty, S. R., Fitzpatrick, J.J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *Int J Nurs Pract*, 16, 366-373.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3): 513-524.
- Hofmann, S., Grossman, P., & Hinton, D. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.

- Hofman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of *mindfulness*-based therapy on anxiety and depression: a metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 69-183
- Holloway, I. & Torres, L. (2003): The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, 3, 345-357.
- Horn, S. (1988). Técnicas modernas de relaxamento. São Paulo: Cultrix.
- Irving, J., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating *mindfulness* in health care professionals: a review of empirical studies of *mindfulness*-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 15(2), 61-66.
- Jacobson, E. (1938) Progressive relaxation. Chicago, University of Chicago.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A randomized controlled trial of *mindfulness* meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11–21.
- Jha, A. P., Krompinger, J. & Baime, M.J. (2007). *Mindfulness* training modifies subsystems of attention. *Cogn Affect Behav Neurosci.*, 7(2):109-19.
- Josefsson, T., Lindwall, M. & Broberg, A. (2012). The Effects of a Short-term *Mindfulness* Based Intervention on Self-reported *Mindfulness*, Decentering, Executive Attention, Psychological Health, and Coping Style: Examining Unique *Mindfulness* Effects and Mediators, *Mindfulness*, 5(1), 18–35.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of *mindfulness* meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psych*; 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T. Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D. & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a *Mindfulness* Meditation-Based Stress Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA), *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625-632.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness*-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn (2013). Full Catastrophe Living (Revised Edition): Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.
- Kachan, D., Olano, H., Tannenbaum, S.L., Annane, D.W., Mehta, A., Arheart, K.L. (2017). Prevalence of *Mindfulness* Practices in the US Workforce: National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, 14(1), 1-12.
- Kapczinski, F. e Margis, R. (2004). Em Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaushik, R.M., Kaushik, R., Mahajan, S.K. & Rajesh, V. (2006). Effects of mental relaxation and slow breathing in essential hypertension. *Complement Ther Med*, 14 (2), 120-126.

- Kell, M.C.G. & Shimizu H. E. (2010). Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. Saúde Coletiva*, 15 (Supl 1), 1533-1541.
- Kemper, K.J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are *mindfulness* and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 496–503.
- Keng, S.L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of *mindfulness* on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041–1056.
- Keng, S.L, Smoski, M.J., Robins, C.J., Ekblad, A.G., Brantley, J.G. (2012). Mechanisms of change in *mindfulness*-based stress reduction: Self-compassion and *mindfulness* as mediators of intervention outcomes. *J Cogn Psychother*, 26, 270-280.
- Khamisa, N., Peltzer, K. & Oldenburg, B. (2013). *Burnout* in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 10, 2214-40.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., Ilic, D. (2015). Work related stress, *burnout*, job satisfaction and general health of nurses, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 12(1),652-666.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., et al. (2013). *Mindfulness*-based therapy: a comprehensive metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
- Klatt, M., Buckworth, J. & Malarkey, W.B. (2009). Effects of lowdose *mindfulness*-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health Education & Behavior*, 36, 601-614.
- Kinser, P., Braun, S., Deeb, G., Carrico, C. e Dow, A. (2016). “Awareness is the first step”: An interprofessional course on *mindfulness* & mindful-movement for healthcare professionals and students, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25,18-25.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-9.
- Koszycki, M. Benger, J. Shlik & J. Bradwejn (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518-2526.
- Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., et al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with *burnout*, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302, 1284-93.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4: 357-63.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish T, Kessler, D, Lewis, G., Watkins, E, Morant, N., Taylor, R. S., & Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of *mindfulness*-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Health Technol Assess*.19(73),1-124.

- Lancaster, S.L., Klein, K.P. & Knightly, W. (2016). *Mindfulness and Relaxation: a Comparison of Brief, Laboratory-Based Interventions. Mindfulness*, 7(3):614-621.
- Langer, E. J. (1990). *Mindfulness*. Merloyd Lawrence Book.
- Langer, E. J. (1992). Matters of mind: *Mindfulness/mindlessness in perspective. Consciousness and Cognition*, 1(3), 289-305.
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness Forward and Back*. In A. Le, C. T. Ngunoumen, & E. J. Langer (Orgs.), *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness*, 1,7-20. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Lara, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política (2011). *Revista Katálisis*, Florianópolis,14(1), 78-85.
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. & Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of *mindfulness*-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal Of Psychosomatic Research*,75(6), 500-510.
- Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: Estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 18(2), 133-144.
- Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. (2007). Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol*, 92, 887.
- Lebois, L.A.M, Papies, E.K, Gopinath, K., Cabanban, R., Quigley, K.S., Krishnamurthy, V., Barrett, L.F & Barsalou, L.W. (2015). A Shift in Perspective: Decentering through Mindful Attention to Imagined Stressful Events, *Neuropsychologia*, 75, 505-24.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout, in Pamela L. Perrewe, Daniel C. Ganster (ed.) *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 3*. Emerald Group Publishing Limited, pp.91-134.
- Lemes, L.M.S., Siqueira, T. C.B., Castro, G.S., & Abreu, W. V. (2016). Empoderamento e sentimento de injustiça nos trabalhadores da atenção primária do SUS. *Psicologia: teoria e prática*, 18(2), 46-56.
- Leone, S.S., Huibers, M.J., Knottnerus, J.A.& Kant, I.(2008). The prognosis of *burnout* and prolonged fatigue in the working population: a comparison. *J Occup Environ Med*, 50(10), 1195-202.
- Leonelli, L.B., Andreoni, S, Martins, P., Kozasa, E. H., Salvo, V.L., Sopecki, D. et al. (2017). Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 286-298.
- Leroy, H., Anseel, F., Dimitrova, N. G., & Sels, L. (2013). *Mindfulness*, authentic functioning, and work engagement: A growth modeling approach. *Journal of Vocational Behavior*, 82, 238-247.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NT: The Guilford Press.

- Luken, M. & Sammons, A. (2016). Systematic review of *mindfulness* practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, 7002250020p1-7002250020p10.
- Lutz A., Slagter H. A., Dunne J. D. & Davidson R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn. Sci.* 12, 163-169.
- Maben, J., Cornwell, J. & Sweeney, K., 2010. In praise of compassion. *J. Res. Nurs*, 15(1),9-13.
- Maia, L. D.G, Silva, Dieger, N & Mendes, P.H.C. (2011). Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 93-102.
- Malinowski P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in *mindfulness* meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7(8), 1-8.
- Malinowski, P. & Lim, H.J. (2015). *Mindfulness* at work: Positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional *mindfulness*, work engagement and well- being. *Mindfulness*, 6(6),1250-1262.
- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D. & Wallond, J. (2011). Transforming the perceptual situation: a metaethnography of qualitative work reporting patients' experiences of *mindfulness*-based approaches. *Mindfulness*, 1-16.
- Manfro, G.G., Heldt, E. & Shinohara, H. (2004). Em Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.
- Manocha, R., Black, D., & Stough, C. (2011). A randomized, controlled trial of meditation for work stress, anxiety and depressed mood in full time workers. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 1-8.
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & McGovern, K. (2014). Association of brief *mindfulness* training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal Of Stress Management*, 21(2), 207- 225.
- Marchand, W. (2012). *Mindfulness*-Based Stress Reduction, *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy, and Zen Meditation for Depression, Anxiety, Pain, and Psychological Distress, *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233-252.
- Martarelli, D., Cocchioni, M., Scuri, S & Pompei, P. (2011). Diaphragmatic Breathing Reduces Postprandial Oxidative Stress *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(7), 623-628.
- Martins, L.F., Laport, T.J., Menezes, V.P., Medeiros, P.B. & Ronzani, T.M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 19(12), 4739-50.
- Martinussen, M., Adolfsen, F., Lauritzen, C. e Richardsen, A.M. (2012). Improving interprofessional collaboration in a community setting: relationships with *burnout*, engagement and service quality, *J. Interprof Care*, 26(3), 219-225.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993), "Historical and conceptual development of *burnout*", in Schaufeli, W.B., Maslach, C. and Marek, T. (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor & Francis, Washington, DC, 1-16.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about *burnout* and health? *Psychol. Health*, 16 (5), 607-611.
- Maslach, C., Schaufeli W.B., M.P. & Leiter, M.P. (2001). *Job burnout*, *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- May, C., Burgard, M., Mena, M., Abbasi, I., Bernhardt, N., Clemens, S., & Williamson, R. (2011). Short-term training in loving-kindness meditation produces a state, but not a trait, alteration of attention. *Mindfulness*, 2, 143-153.
- McCollum, E.E & Gehart, D.R. (2010). Using *mindfulness* meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: a qualitative study. *J Marital Fam Ther.*, 1;36(3), 347-60.
- Medeiros, H & Fujimoto, G. (2012). Influência da Ginástica Laboral na Minimização do Estresse Ocupacional. *Revista Enfermagem Integrada*, 5(2), 956-964.
- Mendes, R. A. & Leite, N. (2012). *Ginástica Laboral - Princípios e Aplicações Práticas*, 3 Ed. Manole.
- Mensah, S.B., Anderson, J.G. (2015). Barriers and facilitators of the use of mind-body therapies by healthcare providers and clinicians to care for themselves. *Complement Ther Clin Pract.*, 21(2), 124-30.
- Merces, M.C, Silva, D.S.S, Lopes, R.A., Lua, I., Silva, J.K., Oliveira, D.S., Servo, M.L.S. (2015). Síndrome de *Burnout* em enfermeiras da atenção básica à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Epidemiol Control Infect*, 5(2), 100-104.
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work, *Occup. Environ. Med.* 59(1), 67-72.
- Michl, L.C., McLaughlin, K.A., Shepherd, K. & Nolen-Hoeksema, S (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 339-352.
- Milczarek, M, Schneider, E & Rial Gonzalez, E (2009). OSH in figures: stress at work - facts and figures, European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg. Disponível em: http://www.stress-lavoro.com/140_stress/TE. Acessado em: 01.09.2017.
- Montero-Marín, J.; Asún, S., Estrada-Marcén, N., Romero, R & Asúnn, R. (2013). Efectividad de un programa de estiramientos sobre los niveles de ansiedad de los trabajadores de una plataforma logística: un estudio controlado aleatorizado *Atención Primaria*, 45(7), 376-383.
- Morelli, S. G. S.; Sapede, M. & Silva, A. T. C. (2015). *Burnout* em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10, 1-9.

- Morgan, P., Simpson, J. & Smith, A. (2014). Health Care Workers' Experiences of Mindfulness Training: a Qualitative Review, *Mindfulness*, 6(4): 744–758.
- Morse, G., Salyers, M., Rollins, A., Monroe-DeVita, M. & Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Admin Pol Ment Health*, 39, 341-52.
- Mota, C. M., Dosea, C.M, Santana, G & Nunes, P.S. (2014). Avaliação da presença da Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4719-4726.
- Mousley, S. (2015). The oasis project, exploring the concept of reducing anxiety. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(3), 173-180.
- Neff, K. (2003a) Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L. & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*, 41, 139–154.
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Neff, K. (2011). Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind. New York, NY: HarperCollins.
- Neff, K., & Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults and practicing meditators. *Self and Identity*.
- Neff, K.D. & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J. Clin. Psychol.*, 69(1), 28-44.
- Nicolussi, A.C, Sawada, N.O., Cardozo, F.M.C. & Paula, J.M. (2016). Relaxamento com imagem guiada e presença de depressão em pacientes com câncer durante quimioterapia. *Cogitare Enferm*, 21(4), 01-10.
- Oliveira, E.M. & Spiri, W.C (2006). Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. *Rev Saúde Pública*; 40(4), 727-33.
- Olson, K. & Kemper, K.J. (2014). Factors associated with well-being and confidence in providing compassionate care. *J Evid Based Complementary Altern Med.*, 19:292-296.
- Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2011). The Mindful Way through Anxiety: Break Free from Chronic Worry and Reclaim Your Life. The Guilford Press, New York.
- Paoli, P. & Merllié, D. (2001). Third European survey on working conditions 2000, Publisher: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2005). A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 173-180.
- Paschoalini, B., Oliveira, M.M., Frigério, M. C., Dias, A. L. R. P. & Santos, F. H. (2008). Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492.
- Passero, L G., Giordani, J. M. A., Hugo, F.N., Torman, V.B.L., Camey, S.A. & Hilgert, J.B. (2016). Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with the Brazilian Unified National Health System, 2011-2012. *Cadernos de Saúde pública*, 32(10), e00065015.
- Patsiopoulos, A.T. & Buchanan, M.J. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 301-307.
- Pidgeon, A.M. Ford, L. & Klaassen, F. (2014). Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based *Mindfulness* with Metta Training Program: a randomised control trial. *Psychol Health Med*, 19(3),355-64.
- Pietrobon, R. (2014). Tudo que você sempre quiz saber sobre cálculo de amostra e nunca teve coragem de perguntar. Disponível em: <http://www.iats.com.br/index.php?p=noticias&id=362> Acessado em: 01.09.2017.
- Porciuncula, A. M. (2015). Síndrome de *Burnout* em gerentes da atenção primária à saúde. (Dissertação de Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Raab, K. (2014). *Mindfulness*, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*, 20, 95-108.
- Raes F, Pommier E, Neff K.D., Van Gucht D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clin Psychol Psychother*, 18, 250–255.
- Ravalier JM, Wegrzynek P, Lawton S. (2016). Systematic review: complementary therapies and employee well-being, *Occup Med*,66(6), 428-36.
- Reis, A.L.P.P.; Fernandes, S.R.P. & Gomes, A.F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicol. cienc. prof.*, 30(4), 712-725.
- Rice, P.L. (2007). O enfrentamento do estresse: estratégias cognitivo-comportamentais. In: V.E. Caballo (org.), Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade. São Paulo, Santos Editora, p. 301-336.
- Robertson, I.T., Cary L. Cooper, Sarkar, M. & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88, 533-562.
- Rodero, B., Luciano, J.V, Montero-Marín, J., Casanueva, B., Palacin, J.C., Gili, M., López del Hoyo Y. et al. (2012). Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain

catastrophising and pain acceptance. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 86-91.

- Romani, M. & Ashkar, K. (2014). *Burnout* among physicians. *Libyan J Med.*, 9,1-6.
- Rudow, B. (1999). Stress and *burnout* in the teaching profession: european studies, issues, and research perspectives. Em Vanderbergue, R. & Huberman, M. A. (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout: a source book of international practice and research* (pp.38-58). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Mariné, A. & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.*, 13(11), CD002892.
- Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K. & Donohue, P. (2015). *Burnout* and resilience among nurses practicing in high-intensity settings, *Am. J. Crit. Care*, 24(5),412-420.
- Rout, U. R. & Rout, J. K. (2002). *Stress Management for Primary Health Care Professionals*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Lima, A.S. (2016). Prevalência e fatores associados à Síndrome de *Burnout* nos profissionais da atenção primária em Juiz de Fora (Dissertação de mestrado). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Lima, L, Pires, D.E.P, Forte, E.C.N, Medeiros, F. (2014). Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. *Revista de Enfermagem*,18(1),17-24.
- Salyers, M.P, Bonfils, K.A, Luther, L., Firmin, R.L., White, D.A., Adams, E.L., Rollins, A.L. (2016). The Relationship Between Professional *Burnout* and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Gen Intern Med* 32 (4), 475-482.
- Sarason, S. B. (1983). *Schooling in America: Scapegoat and salvation*. New York, NY: Free Press.
- Sauer S, Lynch S, Walach, H. & Kohls, N. (2011). Dialectics of *mindfulness*: implications for western medicine. *Philos Ethics Humanit Med*, 6, 10.
- Satici, S.A., Uysal, R. & Akin, A. (2013). Investigating the relationship between flourishing and self-compassion: a structural equation modeling approach. *Psychol Belg*, 53, 85–99.
- Sato, L., Lacaz., F. A. C.& Bernardo, M. E. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*,11(3), 281-288.
- Schaufeli, W. B.& Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: CRC Press - Taylor y Francis Group.
- Schaufeli, W.B, Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on *burnout* and health, *Psychol. Health*, 16(5), 501-510.
- Schaufeli, W.B. (2005). *Burnout* en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1), 15-35.
- Schneider, L.M. (2014). A discriminação segundo a perspectiva de profissionais da atenção básica à saúde. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.

- Schmertz, S.K., Anderson P.L. & Robins, D.L. (2009). The relation between self-report *mindfulness* and performance on tasks of sustained attention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31,60-66.
- Schuster, M. S., Dias, V. V., Battistella, L. F., & Grohmann, M. Z. (2015). Validação da escala MBI-GS: uma investigação General Survey sobre a percepção da saúde dos colaboradores. *REGE*, 22(3),405-416.
- Schwartz, M., & Will, G. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 16 (4), 337-353.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J. (2010). Does *mindfulness* meditation enhance attention? A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 1, 121-130.
- Senyuva, E., Kaya, H., Isik, B. & Bodur, G. (2014). Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *Int J Nurs Pract*, 20, 588-596.
- Serpa, J. Greg, T, Stephanie, L. & Tillisch, K. (2014). *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Reduces Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Veterans*, *Medical care*, 52,19-24.
- Shanafelt, T.D., Hasan, O., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J. et al. (2015) Changes in *burnout* and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*, 90,1600-13.
- Shapiro, D.H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1),23-39.
- Shapiro S. L., Astin J. A., Bishop S. R., Cordova M. (2005). *Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial*. *International Journal of Stress Management*, 12,164-176.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of *Mindfulness*, *J Clin Psychol*, 62(3), 373-86.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of *mindfulness*-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2),105-115.
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic *mindfulness*. In M. Boekaerts & P. Pintrich (Eds.), *Handbook of selfregulation* (pp. 253–273). San Diego, CA: Academic Press.
- Shoham, A., Goldstein, P., Oren, R., Spivak, D. & Bernstein, A. (2017). Decentering in the process of cultivating *mindfulness*: An experience-sampling study in time and context. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(2),123-134.
- Siegrist, J. (1996). Stress work, self-experience, and cardiovascular disease prevention. En K. Orth-Gomér e N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 87-102). Mahwah, NJ: LEA.

- Silveira, S. Camara, S. & Amazarray, M. (2014). Preditores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad. Saúde Colet.*, 22(4), 386-92.
- Sinclair, S., Kondejewski, J., Bouchal, S., Shier, K.M. & Singh, P. (2017). Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. *Applied Psychology Health and well-being*, 9(2), 168-206.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.*, 69, 9-24.
- Sinsky, C.A., Willard-Grace, R., Schutzbank, A.M., Sinsky, T.A., Margolius, D. & Bodenheimer, T. (2013). In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices, *Ann. Fam. Med.*, 11(3), 272-278.
- Singer, T., & Klimecki, O. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875–878.
- Slagter, H., Richard, D. & Lutz, A. (2011). Mental Training as a Tool in the Neuroscientific Study of Brain and Cognitive Plasticity, *Front Hum Neurosci*, 5 (17), 1-12.
- Souza, T.S., Virgens, L.S. (2013). Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. *Rev Bras Saúde Ocup*, 38(128).
- Souza, L. K. & Hutz, C. H. (2013). Adaptação e validação da Escala de Autocompaixão e Comparações com Autoestima e Autoeficácia (Relatório final de pesquisa). Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Stier-Jarmer, M; Frisch, D; Oberhauser, C; Berberich, G; Schuh, A (2016). The Effectiveness of a Stress Reduction and *Burnout* Prevention Program: A Randomized Controlled Trial of an Outpatient Intervention in a Health Resort Setting, *Dtsch Arztebl Int*, 113(46), 781-788.
- Straub, R. O. (2014). Psicologia da Saúde - Uma Abordagem Biopsicossocial, 3ª Ed. Artmed.
- Tamayo, M. R. (1997). Relação entre a Síndrome do *Burnout* e os valores organizacionais no pessoal da enfermagem em dois hospitais públicos Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Tamayo, M. R, & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 213-221.
- Teper, R. & Inzlicht, M. (2013). Meditation, *mindfulness* and executive control: the importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 8:85-92.
- Shonin, E e Van Gordon, V. (2015). Practical Recommendations for Teaching *Mindfulness* Effectively, *Mindfulness*, 6(4), 952–955.
- Silva, A.T.C. (2015). Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia da saúde da família no município de São Paulo. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Tang, Y.Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and selfregulation. *PNAS*, 104, 17152-17156.
- Tang, Y.Y. & Posner, M.I. (2009). Attention training and attention state training. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 222–7.
- Teasdale JD, Chaskalson M. (2014). How does *mindfulness* transform suffering? II: the transformation of dukkha. *Contemporary Buddhism*, 12(1):103-124.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Does *mindfulness* meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52:260–260.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *Int. J. Qual. Health. Care.*, 19(6):349-57.
- Tomasi, E., Sant'anna, G.C., Oppelt, A.M., Petrini, R.M., Pereira, I.V., Sassi, B.T. (2007). Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*, 10(1), 66-74.
- Vago, D. R., Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of *mindfulness*. *Front. Hum. Neurosci.* 6,296,1-30.
- Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W., Schene, A.H. & Van Dijk, F.J. (2001). The benefit of interventions for work related stress. *Am J Public Health*, 91(2): 270-276.
- Van der Linden D, Keijsers, G.P.J., Eling, P, Van Schaijk. R. (2005). Work stress and attentional difficulties: an initial study on *burnout* and cognitive failures. *Work and Stress*, 19:23–36. doi:10.1080/02678370500065275.
- Vera, M.N. & Vila, J. 2002. Técnicas de relaxamento. In: V.E. Caballo (org.), Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. 2ª ed., São Paulo, Santos Editora, p. 147-165.
- Verplanken, B., & Fisher, N. (2014). Habitual worrying and benefits of *mindfulness*. *Mindfulness*, 5(5), 566–573.
- Vettese LC, Toneatto T, N J, Nguyen L, Wang JJ. (2009). Do *Mindfulness* Meditation Participants Do Their Homework? And Does It Make a Difference? A Review of the Empirical Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3),198-224.
- Victorson, D., Kentor, M., Maletich, C., Lawton, R. C., Kaufman, V. H., Borrero, M., & Berkowitz, C. (2015). *Mindfulness* meditation to promote wellness and manage chronic disease: a systematic review and meta-analysis of *mindfulness* –based randomized controlled trials relevant to lifestyle medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 185–21.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G.H. (2011). *Mindfulness*-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(4),281-288.
- West, C.P., Dyrbye, L.N., Rabatin, J.T., Call, T.G., Davidson, J.H., Multari, A. et al. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a

randomized clinical trial, *JAMA Intern. Med.* 174 (4), 527-533.

Williams, E. S., Savage, G. T., & Linzer, M. (2006). A proposed physician-patient cycle model. *Stress & Health*, 22, 131-137.

Wolkin, J.R. (2015). Cultivating multiple aspects of attention through *mindfulness* meditation accounts for psychological well-being through decreased rumination. *Psychol Res Behav Manag*, 8, 171–180.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, Calif., Stanford University Press, 1958.

Wolpe, J. (1961). The systematic desensibilization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 132, 189-203.

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado*, Porto Alegre: Artmed.

WHO - World Health Organization (1994). Declaration on Occupational Health for all. 1994. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59518/1/WHO_OCH_94.1.pdf. Acessado em: 01.09.2017.

Zanon, C. Anon, C., Bastianello, M. R. Pacico, J.C & Hutz, C.S. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-201.

Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009) *Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review*. *Subst Abus*, 30(4), 266-294.