

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

ANA LÚCIA PELLEGRINO

*MINDFULNESS*: PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR  
EM GRUPO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA REDUÇÃO  
DE ESTRESSE/ANSIEDADE

RIBEIRÃO PRETO  
2021

ANA LÚCIA PELLEGRINO

*MINDFULNESS*: PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM GRUPO  
DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA REDUÇÃO DE  
ESTRESSE/ANSIEDADE

Dissertação apresentada à  
Universidade de Ribeirão Preto –  
UNAERP, como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Mestre em  
Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana  
Vendruscolo

Ribeirão Preto

2021

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento  
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP  
- Universidade de Ribeirão Preto -

P386m Pellegrino, Ana Lúcia, 1966-  
*Mindfulness*: prática integrativa e complementar em grupo de  
profissionais da saúde para redução de estresse/ansiedade / Ana  
Lúcia Pellegrino. -- Ribeirão Preto, 2021.  
95 f.: il. color.

Orientadora: Profª. Drª. Juliana Vendruscolo.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2021.

1. *Mindfulness*. 2. Prática integrativa e complementar.  
3. Profissionais de saúde. 4. Estresse. 5. Ansiedade. I. Título.

CDD 362

**ANA LÚCIA PELLEGRINO**

**MINDFULNESS: PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM GRUPO DE  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA REDUÇÃO DE ESTRESSE/ANSIEDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação.

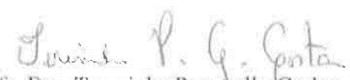
Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

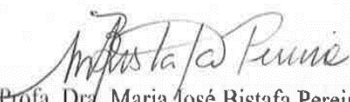
Data da defesa: 29 de março de 2021

Resultado: Aprovada

**BANCA EXAMINADORA**

  
Profa. Dra. Juliana Vendruscolo  
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

  
Profa. Dra. Tercinha Pavanello Godoy Costa  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

  
Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

**RIBEIRÃO PRETO  
2021**

*Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde que, de forma corajosa e incansável, têm dedicado suas vidas a cuidar de seus semelhantes, principalmente neste momento tão difícil de pandemia mundial decorrente da Covid-19.*

**GRATIDÃO!**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço minha querida professora e orientadora Dra. Juliana Vendruscolo que, com seu jeito tranquilo e amável de ser, aceitou mais uma vez, depois de tantos anos, orientar-me nesta pesquisa.

Agradeço ao Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Unaerp, na pessoa de sua coordenadora, profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, por todo o empenho em proporcionar a melhor formação a todos os discentes.

Agradeço à direção do Hospital Electro Bonini na pessoa de seu Diretor Clínico Dr. Fernando Marcos Gomes, que prontamente autorizou a realização desta pesquisa.

Meu agradecimento especial à coordenadora de enfermagem e também minha colega de mestrado Doraci Franco de Britto Ferreira, que de forma tão solícita e carinhosa me auxiliou no contato e divulgação da pesquisa junto aos colaboradores do Hospital Electro Bonini.

Agradeço ao meu amado esposo Juvêncio, companheiro de vida, que caminhou comigo e foi meu grande incentivador durante toda esta trajetória. Sem seu apoio não teria chegado ao final deste trabalho.

Agradeço a todos os participantes com quem compartilhei as práticas de meditação *mindfulness*, que confiaram em mim e se abriram para esta experiência.

Agradeço sobretudo a Deus, Criador e Sustentador de tudo que existe, e que o tempo todo me ilumina e me guia com sua Presença.

## RESUMO

PELLEGRINO, A. L. *Mindfulness*: Prática Integrativa e Complementar em Grupo de Profissionais da Saúde para a Redução de Estresse/ansiedade.

A presente dissertação trata-se de uma revisão de literatura sobre *Mindfulness*. O objetivo da pesquisa foi compreender o impacto da aplicação de *mindfulness* para a redução do estresse e ansiedade e seus efeitos na prática laboral e relacional dos profissionais da saúde, bem como analisar a viabilidade de sua inserção como prática integrativa e complementar pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O método utilizado foi o descritivo-exploratório. O estudo orientou-se pelo referencial teórico cognitivo-comportamental desenvolvido por Aaron Beck e pelas suas técnicas de reestruturação cognitiva, bem como em trabalhos de pesquisa desenvolvidos por Jon Kabat-Zinn, precursor das práticas de *mindfulness* para a medicina e psicologia comportamental. Para a realização da pesquisa foram promovidos três encontros com os profissionais da saúde. No primeiro foi entregue um roteiro de entrevista semiestruturada para coleta de dados sociodemográficos e questão norteadora para investigar a percepção da condição geral das participantes. No segundo foram passadas as instruções das práticas que constituem *mindfulness* e no último as trocas de experiências foram gravadas e posteriormente transcritas e categorizadas pela pesquisadora. Por meio dos instrumentos de coleta utilizados pôde-se observar a presença de queixas e sintomas presentes como dores de cabeça, enxaqueca, transtorno de ansiedade, estados depressivos, inseguranças relacionadas aos familiares. Pôde-se concluir que a aplicação da prática de *mindfulness* junto aos profissionais da área da saúde pode contribuir significativamente para a redução do estresse e ansiedade, justificando, portanto, a sua utilização como um instrumento para esse fim, bem como a viabilidade de sua inserção no rol das Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde – SUS, para benefício dos profissionais da área da saúde e dos usuários em geral.

**Palavras-chave:** *Mindfulness*; prática integrativa e complementar; profissionais de saúde; estresse; ansiedade.

## ABSTRACT

PELLEGRINO, A. L. Mindfulness: Integrative practice in a group of health professionals to control stress / anxiety.

This dissertation is a descriptive-exploratory study with the objective of understanding the impact of applying mindfulness to reduce stress and anxiety and its effects on the work and relational practice of health professionals, as well as analyzing the feasibility of its insertion in the list of integrative and complementary practices of the Unified Health System - SUS. The research was based on books and scientific articles, and on the practical application of mindfulness with health professionals. The research was guided by the cognitive-behavioral theoretical framework developed by Aaron Beck, using the techniques developed by this author of cognitive restructuring, and in research works developed by Jon Kabat-Zinn, precursor of mindfulness practices for medicine and behavioral psychology. The research included three meetings with health professionals who expressed an interest in participating. At the first meeting, a semi-structured interview script was collected to collect sociodemographic data and a guiding question to investigate what the participants expected from the meetings. In the second meeting, instructions on practices that constitute mindfulness were given. At the last meeting, exchanges of experiences were recorded and later transcribed and categorized by the researcher. Through the collection instruments used, it was possible to observe the presence of complaints and symptoms such as headaches, migraine, anxiety disorder, depressive states, insecurities related to family members. From the research it can be concluded that the application of *mindfulness* practice with health professionals can significantly contribute to the reduction of stress and anxiety, thus justifying its use as an instrument for this purpose, as well as the viability of its inclusion in the list of Integrative and Complementary Practices of the Unified Health System - SUS, for the benefit of health professionals and users in general.

**Keywords:** Mindfulness; integrative and complementary practice; health professionals; stress; anxiety.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

EPI – Equipamento de Proteção Individual

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

MBSR – Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness

MBCT – Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma de Operacionalização Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAI – Programa de Ações Integradas

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF – Programa de Saúde de Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 HIPÓTESE.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	14
1.3.1 Objetivo geral.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1 CURADORES E FERIDOS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS IMPACTOS NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	16
2.1.1 Os Profissionais da Saúde em face da pandemia da Covid-19.....	20
2.1.2 Profissionais da Saúde: Curadores e Feridos.....	23
2.1.2.1 Estresse .....	26
2.2 MINDFULNESS E PRÁTICAS MEDITATIVAS: UMA ANÁLISE CON- CEITUAL E HISTÓRICO-CULTURAL.....	30
2.2.1 Mindfulness: análise conceitual.....	31
2.2.2 Mindfulness e meditação.....	33
2.2.2.1 A inserção da meditação no Ocidente.....	36
2.3 MINDFULNESS E PSICOLOGIA.....	39
2.3.1 Os primeiros encontros entre Mindfulness e Psicologia.....	39
2.3.2 Mindfulness e Terapias de base Cognitivo-Comportamental.....	43
2.3.3 Mindfulness e neurociência.....	47
2.4 MINDFULNESS COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMEN- TAR NO BRASIL: A MULTIDISCIPLINARIDADE A SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	50
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	55
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	55
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
3.2.1 Critérios de inclusão.....	56
3.2.2 Critérios de exclusão.....	56
3.3 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	56
3.3.1 Riscos.....	56

3.3.2 Benefícios.....	57
3.4 COLETA DE DADOS.....	57
3.4.1 Participantes.....	57
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados de Coleta de Dados.....	57
3.4.2.1 Primeiro Encontro.....	58
3.4.2.2 Segundo Encontro.....	59
3.4.2.3 Terceiro Encontro.....	60
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	60
3.5.1 Autorização dos Sujeitos.....	61
3.6 Critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa.....	61
<b>4 RESULTADO E DISCUSSÕES.....</b>	<b>62</b>
4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO: LAURENCE BARDIN.....	63
4.2 CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES.....	65
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO: CATEGORIAS.....	66
4.3.1 Categoria Geral.....	66
4.3.2 Subcategorias.....	66
4.3.2.1 Autocuidado/qualidade de vida.....	66
4.3.2.2 Estresse/sintomas.....	68
4.3.2.3 Familiares.....	70
4.3.2.4 Necessidade de aprofundamento da prática de <i>mindfulness</i> .....	71
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>7 APÊNDICES.....</b>	<b>85</b>
<b>8 ANEXO.....</b>	<b>93</b>

## APRESENTAÇÃO

No final dos anos 90, acabava mais um atendimento jurídico, na área de família. Depois de me despedir de uma cliente que discorreu sobre todo o cansaço decorrente de um relacionamento extremamente conflituoso, sua fisionomia traduzia a condição insustentável de uma relação conjugal que, de fato, há muito acabara, e naquele escritório me procurara para formalizar seu término de direito. Depois daquele atendimento, percebi que não poderia mais conter minha insatisfação em cumprir apenas os trâmites legais inerentes ao exercício da advocacia, profissão que já há sete anos exercia.

Naquela tarde tive o *insight* e a decisão de acolher a um chamado que tantos anos atrás havia deixado de lado por fatores que agora não cabem ser mencionados. Sentia como um grito cada vez mais alto, durante todos estes anos, chamando-me a acolher o exercício de uma profissão que perscrutasse de forma mais profunda os conflitos que perpassam a alma humana e suas relações. E assim me rendi à Psicologia.

Durante os cinco anos subsequentes, durante minha formação, não me lembro de sentir sequer um dia qualquer peso ou arrependimento por minha decisão, não obstante ter de viajar e conciliar com meu trabalho como assessora jurídica em uma prefeitura de um município próximo a Ribeirão Preto, além do atendimento em meu escritório.

A escolha do tema para desenvolvimento de meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foi idealizado já no segundo ano de minha formação. Queria pesquisar a respeito do ser humano de forma integral, e assim desenvolvi na área da Psicologia da Saúde a análise das dimensões integradoras do ser humano, física, psíquica, social e espiritual, esta última objeto mais específico de minha pesquisa. Tive na época, como estou tendo agora no mestrado, a felicidade e satisfação de ser orientada pela querida e competente Profa. Dra. Juliana Vendruscolo.

Assim concluí meu curso de Psicologia na Unaerp em 2005, quando tive a oportunidade de apresentar o tema de meu TCC., “A dimensão da Espiritualidade na Vivência de situações de adoecimento”.

No mesmo ano que concluí meu curso de psicologia iniciei meus atendimentos em Psicologia Clínica em consultório particular na abordagem cognitivo-comportamental. Assim se passaram dezessete anos nos quais me envolvi plenamente no acompanhamento de pessoas que sofrem e necessitam de acolhimento em decorrência de seus conflitos e desequilíbrios na dimensão psicológica. Em 2009 concluí minha especialização em Saúde Mental, também nesta Universidade.

Nos últimos seis anos tenho sido praticante assídua de meditação e yoga, tendo também participado de retiro intensivo de *mindfulness*.

Foram estas experiências e vivências que me despertaram para desenvolver um aprofundamento maior por meio da pesquisa em nível de mestrado, sobre a intersecção da Terapia Cognitivo-comportamental, abordagem que durante todos estes anos norteou minha prática clínica, e *mindfulness* na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares.

Assim, por meio do desenvolvimento deste trabalho que concilia estes dois saberes, Psicologia e *mindfulness*, que se unem abarcando novamente o olhar integral do ser humano, espero contribuir de alguma forma para a construção do conhecimento sobre as práticas de *mindfulness* e afirmação de sua relevância, especialmente para os profissionais da área da saúde, como instrumento eficaz para a redução do estresse e ansiedade, e promoção de autoconhecimento e, por via de consequência, uma melhor qualidade de vida.

A única palavra que me vêm à mente para finalizar esta apresentação não poderia ser outra senão GRATIDÃO.

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o desenvolvimento científico e tecnológico caminhou a passos largos, com inúmeras descobertas e incrementos que repercutiram em todas as áreas da vida humana.

No âmbito da área da saúde, cada vez mais são utilizados equipamentos de ponta facilitando e aprofundando o diagnóstico de patologias e ampliando as possibilidades de tratamentos, que têm aumentado a expectativa de vida do homem pós-moderno. Não obstante este quadro de plena e constante expansão dos “saberes”, inclusive das “inteligências artificiais”, o mundo atual nos coloca cada vez mais desafios de grande complexidade no que diz respeito às relações humanas, administração do tempo, problemas políticos, econômicos e ambientais, que se multiplicam no mesmo ritmo do desenvolvimento científico e tecnológico.

Diante desta realidade e da necessidade de adequação por parte do ser humano, as patologias classificadas como de “fundo emocional” estão aumentando em proporções epidêmicas, como as depressões, transtornos de ansiedade e o estresse. Este último, que a princípio deveria corresponder a um processo de adaptação do organismo humano às mais variadas situações tem sido apontado como responsável por boa parte das doenças que afligem o homem pós-moderno e está cada vez mais presente nos profissionais da área de saúde.

A multiplicação do conhecimento, somada às exigências de produção e consumo levadas a efeito pela economia de mercado na pós-modernidade, tem gerado as mais diversas pressões sobre as pessoas, seja no âmbito de suas vidas pessoais como profissionais, pois se exige cada vez mais dos trabalhadores eficiência, produtividade e competitividade.

Toda esta pressão leva a pessoa a um ativismo constante, que lhe rouba as possibilidades de reflexão sobre si mesmo, sobre sua vida, e até mesmo sobre o seu trabalho, gerando alienação. E isto tem ocorrido de forma reiterada com os profissionais da área da saúde.

É neste contexto que foi realizada a pesquisa, buscando verificar se e em que medida a prática de *mindfulness* pode contribuir junto aos profissionais da área da saúde como forma de reduzir o estresse e a ansiedade. Esta é a hipótese que norteou a pesquisa.

Quando a pesquisa foi proposta em março de 2019, ainda não se vislumbrava o que viria pela frente, a saber, a pandemia resultante da Covid -19. Entretanto, esta nova realidade mundial agravou em muito os processos de estresse e ansiedade nos profissionais da saúde, pois além de terem que atuar nos cuidados que anteriormente eram prestados, ainda tiveram que lidar com os cuidados da Covid- 19, afora a angústia decorrente do fato de estarem muito mais expostos ao contágio do vírus que a maioria das pessoas.

Desta forma, após o advento da pandemia, a presente pesquisa se tornou ainda mais atual e relevante, tendo em vista que houve um aumento no nível de estresse e ansiedade dos profissionais da saúde.

Parte-se do fato de que faz-se necessária a ampliação do cuidado com aquele que cuida, logo, os profissionais da área da saúde demandam como nunca, de intervenções de caráter tanto curativo como preventivo, especialmente no contexto da pandemia. E em seguida a pesquisa busca aferir se e em que medida a prática de *mindfulness* pode ser um instrumento para a redução de estresse/ansiedade aos profissionais da saúde tão essencial à sociedade, objeto da presente pesquisa.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As práticas de *Mindfulness*, basicamente como seu próprio nome traduz, buscam desenvolver uma pausa para poder parar e estar presente no aqui e agora com atenção plena em si, sem julgamento. Por meio de inúmeros estudos comparativos já se sabe que tal prática, amplamente utilizada tem sido objeto de inúmeras pesquisas nos Estados Unidos da América (E.U.A.) e Europa desde a década de 70. Possui suas bases em antigas práticas de meditação, que não mais se caracterizam apenas como práticas espirituais, mas sim terapêuticas.

Em março de 2017 o Ministério da Saúde, no Brasil, através da portaria n. 849 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), incluiu a Meditação no rol das práticas integrativas e complementares junto ao Sistema Único de Saúde.

A presente pesquisa justifica-se tendo em vista o aumento crescente de patologias emocionais presentes nos profissionais da área de saúde, relacionadas às atividades laborais, como transtornos de ansiedade, síndrome de *Burnout* e outras. E neste caso, as práticas de *Mindfulness* atuam como um instrumento no sentido de chamar a pessoa a parar e estar presente consigo mesma, com atenção plena em si e ao que se passa no momento presente, o que promove alívio e contribui para um pleno bem estar físico e mental.

## 1.2 HIPÓTESE

A prática de *mindfulness* favorece a redução dos efeitos de estresse e ansiedade em profissionais da saúde.

## 1.3 OBJETIVOS

Os objetivos visam expor a finalidade da pesquisa a ser realizada.

### 1.3.1 Objetivo geral

O objetivo da presente pesquisa consiste em compreender o impacto da prática de *mindfulness* em profissionais da saúde na redução de estresse/ansiedade.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- a) Compreender e observar de que forma a prática de *mindfulness* pode atuar na qualidade de vida dos profissionais da saúde;
- b) Verificar como a prática de *mindfulness* pode atuar na redução de estresse/ansiedade nos profissionais da Saúde;



- c) Observar como a prática de *mindfulness* pode atuar na prática laboral e relacional dos profissionais da Saúde.
- d) Considerar a inserção de *mindfulness* como prática integrativa e complementar pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

#### 1.4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa é embasada no referencial teórico cognitivo-comportamental (TCC) desenvolvido por Aaron Beck, utilizando-se as técnicas desenvolvidas por este autor de reestruturação cognitiva e em trabalhos de pesquisa desenvolvidos por Jon Kabat-Zinn precursor das práticas de *mindfulness* para a medicina e psicologia comportamental e respectivas práticas clínicas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CURADORES E FERIDOS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS IMPACTOS NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

No Brasil, mais precisamente na primeira metade do século XX, as políticas relacionadas à Saúde estavam embasadas em um modelo sanitarista, voltado ao controle de doenças endêmicas rurais e visando sanear a alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias que assolavam grande parte do território Brasileiro (NUNES, 2015).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, quando também se iniciaram as primeiras conferências sobre saúde pública no Brasil, e somente em meados da década de 1970, em um contexto marcado por um regime de governo autoritário, quando prevalecia a ditadura militar em nosso país, começou a emergir o Movimento Sanitarista e outros movimentos políticos e sociais, integrados por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos, o que resultou no surgimento de discussões e primeiras implementações de uma política de saúde no Brasil, com a convocação da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980. Nesta conferência, a temática contemplada foi a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos em uma perspectiva inicial de Atenção Primária de Saúde (APS).

Entendemos ser necessário mencionar algumas datas importantes no caminho de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos principais arcabouços das políticas públicas de saúde no Brasil ( REIS, s/d).

- 1982 – Implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava ênfase à atenção Primária, sendo a rede ambulatorial a porta de entrada do Sistema de Saúde.

- 1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação social, consagrando a concepção ampliada de saúde e o princípio de saúde como

direito universal e como dever do Estado, o que posteriormente foi incorporado na Constituição Federal de 1988. A VIII Conferência foi o grande marco na história das Conferências de Saúde no Brasil.

- 1987 – Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), trazendo como principais diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde e implementação de Distritos Sanitários.

- 1988 – É promulgada a “Constituição Cidadã” que estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”.

- 1990 – Criação do SUS, que se deu através da Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

- 1994 – O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido como “Estratégia de Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”, foi proposto pelo governo Federal aos municípios para implementação da Atenção Primária.

- 1996 – A edição da Norma de Operacionalização Básica (NOB) 96, buscando uma maior aproximação com a proposta de um novo modelo de atenção, acelerando a descentralização dos recursos federais em direção aos Estados e Municípios, incentivando os programas dirigidos às populações mais carentes, como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) e as práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como o Programa de Saúde da Família.

- 2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS), dando ênfase no processo de regionalização do SUS.

- 2006 – “Pacto pela Saúde” que é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos de instrumentos de gestão.

Após esta breve incursão, na qual se pretendeu delinear o desenvolvimento das políticas públicas de Saúde, bem como os avanços do SUS, é importante considerarmos a análise feita por Nelson Rodrigues dos Santos:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidas por 27 mil equipes de Saúde de Família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado de aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de Saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrentes de força e pressão social (SANTOS, 2008, p. 2010).

Pode-se perceber o avanço ocorrido durante estes anos no Brasil no que diz respeito ao estabelecimento de uma política de Saúde sendo que apesar das incongruências no texto constitucional, foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um Sistema de Saúde Universal (MACHADO, 2017).

O SUS, como sistema de saúde, é reconhecido como um dos maiores do mundo, e usado como modelo em muitos outros países. Não obstante, apesar do direito à saúde assegurado pela Constituição, e dos avanços experimentados pelo SUS nas décadas subsequentes, em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde, inúmeros desafios ainda são uma constante no que diz respeito à plena implantação desta política.

Os principais desafios enfrentados atualmente no âmbito da Saúde Pública no Brasil são: a falta de investimentos financeiros e dificuldades no repasse de verbas alocadas para a área. Em 2018, apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde, enquanto a média mundial é de 11,7% (MAGALHÃES, 2017).

A falta de médicos e baixa remuneração dos profissionais da área constituem outro desafio. O Conselho Federal de Medicina estima que exista 1 médico para cada 470 pessoas. A falta de leitos é outro desafio, e a situação se complica ainda mais quando se trata de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Acaba ocorrendo uma grande espera para o atendimento, pois agendar consultas com médicos especialistas pode demorar até meses, mesmo para pacientes que precisam de atendimento imediato, ocorrendo o mesmo com o agendamento de exames (MAGALHÃES, 2018).

Estima-se que a falta de leitos seja um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, e que faz com que grande parcela da população sofra com a demora ou desista do atendimento, sendo ainda muito comum ver pessoas sendo atendidas nos corredores dos hospitais e postos de saúde, longas filas de espera e precariedade de condições de estrutura e higiene para os usuários, bem como para atuação dos profissionais.

Diante de tal quadro, muitas pessoas que possuem condições financeiras acabam recorrendo à saúde suplementar (Planos de saúde privados), porém os preços são muito elevados, o que faz com que 75% da população dependa apenas do SUS.

Ainda há que se considerar que muitos hospitais e centros de pesquisa estão ameaçados de encerrar suas atividades em decorrência da falta de investimentos, o que inclusive se reflete no retorno de doenças consideradas erradicadas ou controladas há muito tempo como exemplo, em 2018, o surto de sarampo ocorrido no Brasil e em 2017, a febre amarela (MAGALHÃES, 2018).

Face a esta sucinta exposição do desenvolvimento das políticas públicas no Brasil, e da análise de sua atual situação, podemos perceber as tensões que envolvem a construção de um sistema Universal de saúde em um país capitalista extremamente desigual. MACHADO (2016) considera que existe uma situação contraditória em nosso país, pois de um lado temos um sistema público de dimensões expressivas, com base na diretriz da universalidade, por outro lado este sistema público de saúde convive com mercados de saúde privados dinâmicos em ascensão, que disputam os recursos do Estado e da população, prejudicando a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiterando as

desigualdades e dificuldades sociais, com reflexos no cotidiano e nas condições de trabalho dos atores envolvidos plenamente na execução dos cuidados inerentes à saúde - os Profissionais da área da saúde.

### **2.1.1 Os profissionais da saúde em face da pandemia Covid-19.**

As discrepâncias apontadas no tópico anterior se acentuaram ainda mais no período da pandemia que teve início no primeiro semestre de 2020, escancarando as desigualdades existentes no Brasil, bem como expondo as deficiências do sistema de saúde brasileiro e a inabilidade do governo federal no que se refere à elaboração de um plano com vistas ao enfrentamento eficaz da pandemia em todo o país.

Uma vez que o Supremo Tribunal Federal, na análise da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341 decidiu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios têm competência concorrente para o enfrentamento da pandemia (STF, 2020), tal não eximiu em momento algum a responsabilidade da União, logo, do governo federal, em elaborar um plano para todo o país com vistas ao enfrentamento da pandemia, o que não ocorreu. Antes, a questão foi politizada, gerando inúmeros desencontros entre o governo federal e os governos estaduais no tratamento desta matéria, o que acabou por retardar uma estratégia de ação com vistas à produção e compra de vacinas bem como políticas com vista à diminuição da contaminação, dentre outros fatores.

As deficiências presentes no sistema de saúde no Brasil acabaram por sobrecarregar grandemente os profissionais da área da saúde, que em alguns momentos se viram até mesmo sem a possibilidade de acesso a EPIs (Equipamento de Proteção Individual).

Estudos sobre o impacto da pandemia sobre a saúde mental da população em geral estão sendo realizados, mas podemos de antemão atestar a existência de prejuízos sobre a saúde mental da população e em especial dos profissionais da área da saúde, principalmente os que trabalham na linha de frente do enfrentamento à doença e aos seus efeitos (MIYAZAKI, 2020).

Ainda não conseguimos dimensionar o alcance dos prejuízos decorrentes desta pandemia aos profissionais da saúde e principalmente aqueles que se encontram atuando na assim denominada “linha de frente”. Neste momento, já temos notícias da situação de esgotamento em que a maioria se encontra, tendo que diariamente cumprir jornadas de trabalho ainda mais desafiadoras e extenuantes, sendo que muitos profissionais encontram-se afastados por estarem contaminados com o vírus ou mesmo adoecidos pelo aumento de estresse decorrentes deste quase um ano de combate ao Coronavírus.

A situação destes profissionais, e podemos citar os enfermeiros em especial, que em muitos locais ocupam uma posição central atuando desde o gerenciamento e gestão, bem como na assistência direta aos doentes acometidos pela Covid-19 amplia ainda mais a realidade da condição de vulnerabilidade desses profissionais, diante do desafio diário da falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como dos riscos de infecção pelo vírus no cuidado com os pacientes (NASCIMENTO et all, 2020).

Diante da situação emergencial e dramática decorrente da Covid-19, inúmeros projetos já foram e estão sendo idealizados para dar suporte à saúde mental dos profissionais da saúde, e podemos citar como exemplo o projeto de Atendimento de Enfermagem em Saúde Mental aos profissionais de enfermagem na pandemia COVID, pelo CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN), visando atender o sofrimento emocional destes profissionais, na atual realidade (HUMEREZ, OHL e SILVA, 2020).

Durante os atendimentos já realizados, desta iniciativa do COREN, os sentimentos mais declarados pelos profissionais de enfermagem foram:

Durante os atendimentos, foram revelados os sentimentos mais declarados nos primeiros trinta dias de atendimentos, que foram organizados em: ansiedade, estresse, Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid – 19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem Cogitare Enferm. 25: e74115, 2020: medo, ambivalência, depressão, exaustão.

- **Ansiedade:** falta de EPIs; pressão por parte da chefia imediata; com as notícias disponibilizadas pela mídia.
- **Estresse:** todo tempo chegando gente; morte como nunca houve.

- **Medo** do risco de se infectar; de infectar familiares.
  - **Ambivalência** por parte da população (vizinhos, amigos) que os aplaudem, mas os discriminam, evitando contato.
  - **Depressão** pela solidão, afastamento das famílias, morte dos companheiros de trabalho.
  - **Exaustão** ou esgotamento emocional com o volume de trabalho.
- (HUMEREZ, OHL e SILVA, 2020, p, 7).

Se antes a realidade dos profissionais da saúde já apontava para uma condição de sobrecarga e pressões cada vez mais estressantes, neste atual momento outros fatores se somam a esta triste realidade, como a estigmatização por trabalhar com pacientes com Covid-19, a necessidade de adaptação a novas formas de trabalho e utilização de EPIs, luto pela perda de colegas de trabalho, pessoas conhecidas e muitas vezes os próprios pacientes por eles assistidos, estado de alerta e hipervigilância são alguns fatores que podem resultar em riscos para a saúde física e mental destes profissionais, a curto e longo prazo (COSTA,2020).

A prática de *Mindfulness* poderia cumprir um papel extremamente importante enquanto instrumento para auxiliar na amenização dos efeitos nefastos do aumento de estresse nestes profissionais, em vista dos resultados já obtidos em inúmeros estudos realizados. *Mindfulness* e seus efeitos foram observados como mais efetivos em contextos em que os participantes carregam altos encargos de estresse (CRESWELL, LINDSAY, 2014), sendo que os profissionais da saúde, principalmente os da “linha de frente” de combate ao Covid-19 encaixam-se neste perfil.

Assim como *mindfulness* já faz parte do protocolo do tratamento de inúmeras patologias, como a Depressão no Reino Unido e em outros países (DEMARZO, GARCIA-CAMPAYO, 2016), entende-se a urgência da inserção desta prática junto à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde em nosso País, podendo servir como mais um instrumento a colaborar com os objetivos integrantes dessa política enquanto possibilidade de tratamento que visa contribuir para o bem-estar físico, psíquico e emocional de todos os usuários, incluindo os profissionais da área da saúde, que tanto demandam atualmente por serem cuidados.

É sobre estas contradições que trataremos no tópico a seguir.



### 2.1.2 Profissionais da área da Saúde: Curadores e Feridos

Como vimos anteriormente a Saúde é um direito fundamental e o Estado é o responsável por sua garantia por meio do SUS, o qual dispõe de objetivos e atribuições, diretrizes e princípios reguladores, nos diferentes níveis de atenção à Saúde, por meio da já citada lei n.8.080/90. Na impossibilidade do acesso por parte da população em decorrência de fatores anteriormente considerados, os planos privados de saúde também cumprem esta função para parte da população que possui condições financeiras para tal acesso.

Consideramos alguns aspectos da atual realidade da Saúde Pública no Brasil e suas respectivas contradições. Neste tópico pretendemos lançar nosso olhar para a situação na qual se encontra o profissional que atua e exerce seu trabalho em meio a este sistema de saúde, com toda a sua complexidade, demandas e pressões.

O processo de trabalho em saúde sofreu grandes transformações, especialmente com a industrialização e em decorrência dos inúmeros avanços e descobertas científicas, na busca da preservação e aumento da expectativa de vida. Entretanto, se por um lado, a superespecialização permitiu o avanço do conhecimento específico, por outro, fragmentou a visão do ser humano, pois doravante passou-se a tratar o olho, o coração, o fígado, perdendo-se a visão da integralidade da pessoa humana como um todo e suas interações sociais. Acabou-se por desconsiderar que a saúde e a doença estão diretamente relacionadas à forma como se vive, logo, a fatores sociais e ambientais (MORIN, 2013).

E no que se refere às patologias da “alma”, da “psique”, tal postura positivista e cientificista foi ainda mais nociva, pois durante muito tempo os transtornos psíquicos foram minimizados por conta de fatores os mais diversos, incluindo fatores relacionados a crenças religiosas.

O trabalho é um dos principais eixos estruturantes da vida humana, pois quando visto não apenas como uma forma de sustento, mas também como uma forma do ser humano buscar significado para sua existência, imprime em tudo que o cerca a marca de sua hominidade (NEVES, 2018). É justamente essa capacidade que o homem tem de transmitir significado à natureza por meio de uma atividade planejada

e consciente, que envolve uma dupla transformação entre o homem e a natureza que diferencia o trabalho do homem de qualquer outro animal. Na compreensão de Karl Marx (NEVES, 2018) o trabalho no modo de produção capitalista deixa de homonizar e passa a alienar, pois o produto e o próprio processo de produção se tornam estranhos ao trabalhador. O capitalismo modifica a visão de liberdade que o realiza. O trabalhador subordinado ao capital não tem mais controle do produto nem do processo de seu trabalho, pois estes estão centralizados nas mãos do capitalista (NEVES, 2018).

O trabalho institucional em saúde é desenvolvido, predominantemente como um trabalho coletivo. Como considera Souza (2010, p. 451) o trabalho institucional em saúde,

É realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. O trabalho dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, é parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas.

Estes profissionais da Saúde inseridos no mercado de trabalho, com suas especificidades e dos “locais” onde exercem suas atividades, sofrem constantemente as consequências da ideologia neoliberal propagada na sociedade atual e que produz insegurança psicossocial, a qual acentua o medo de perder o emprego, aumenta o estresse e corrói o caráter (OVEJERO, 2010). Além disso, esses mesmos sentimentos fragilizam os relacionamentos sociais no âmbito institucional e profissional, no seio familiar, prejudicando muitas vezes a autoestima pelo senso de independência e de segurança perdidos.

Zygmunt Bauman, na sua análise da sociedade líquido-moderna afirma que esta, orientada pelo mercado neoliberal, lança o indivíduo à sua própria sorte, sendo ele responsabilizado individualmente pelo seu sucesso e pelo seu fracasso. Como ele observa (2014, p. 48) “riscos e contradições continuam a ser socialmente produzidos; são apenas o dever e a necessidade de enfrentá-los que estão individualizados”. O autor afirma, portanto, que está a ocorrer um distanciamento abissal entre a

individualidade como realidade fática e a individualidade como capacidade realista e prática de autoafirmação.

Neste quadro o indivíduo se vê sozinho, e “a única vantagem que a companhia de outros sofredores pode trazer é garantir a cada um deles que enfrentar os problemas solitariamente é o que todos fazem diariamente” (BAUMAN, 2014, p. 49).

O que se constata é que as promessas da modernidade não se concretizaram. A crença de que o homem através do poder da razão, da ciência e da técnica construiria um mundo melhor, próspero e justo não passou de uma crença. As duas grandes guerras do século XX lançaram completamente por terra esta crença, gerando um descrédito no poder da razão bem como na capacidade das lideranças políticas de construir um mundo mais justo e pacífico.

É neste contexto que milhões de trabalhadores se encontram, sendo eles ao mesmo tempo, como afirma Bauman, “consumidores” e “mercadorias”, pois para que possam consumir eles precisam antes se colocar como mercadorias vendáveis no mercado (BAUMAN, 2008).

É ainda neste contexto que se situa toda a estrutura do sistema de saúde. Este não é alheio ao mercado, afinal este se pretende hegemônico. Como poderia o mercado deixar de fora uma mercadoria tão importante como a saúde das pessoas?

A indústria farmacêutica, o sistema hospitalar e toda a estrutura do sistema de saúde pública e complementar (privada), onde se inserem os planos de saúde, “precisam” proporcionar aos investidores lucro, o que implica na necessidade de redução com custo de mão de obra, exames laboratoriais, internações etc.

É nesta estrutura que se encontram os profissionais da área da saúde, inseridos em um sistema que exige cada vez mais deles em termos de tempo, dedicação, especialização e eficiência, mas que em grande medida não proporciona as melhores condições para que possam exercer sua função. Ao mesmo tempo estes profissionais são forçados o tempo todo a conciliar os interesses de mercado do sistema de saúde com as necessidades fáticas dos pacientes que chegam até eles.

Assim, eles acabam se encontrando de forma reiterada sob as mais diversas pressões.

Este processo, que conduz à alienação, acaba por produzir disfunções no organismo e no psiquismo das pessoas, no caso em questão, dos profissionais da saúde. Dentre estes podemos destacar o aumento de estresse, síndrome de Burnout e outras patologias.

### **2.1.2.1 Estresse**

O estresse é uma doença crônica recorrente que, a longo prazo, pode ocasionar incapacidade para o trabalho, gerando custos, perda de renda vitalícia e aposentadoria antecipada, além do risco de suicídio. O estresse ocupacional é um estado em que ocorre desgaste do organismo humano e/ou diminuição da capacidade do trabalho ocasionado por vários fatores muito presentes na atualidade como mudanças sociais, econômicas, aliadas à competitividade e concorrência acirradas que muitas vezes criam um ambiente de muita pressão, influenciando inclusive o ambiente de trabalho, acionando diariamente a resposta de alarme, luta/fuga, típica do estresse, sem possibilidade de o organismo, em decorrência da carga horária de trabalho imposta, sequer experimentar um retorno à homeostase (PRADO, 2015).

Inúmeras pesquisas relacionadas à condição da saúde do profissional da área da saúde têm mostrado como tais profissionais cada vez mais sofrem de inúmeras patologias decorrentes do estresse.

Garcia & Marziale (2017) consideram que o desenvolvimento de doenças mentais vinculadas aos riscos psicossociais em trabalhadores de saúde e enfermagem atuantes em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é preocupante, e isto em decorrência do aumento de sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda, problemas na estrutura física das unidades e os problemas na organização e na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Garcia & Marziale (2018, p. 2470) ainda observam que

O sofrimento relaciona-se à precariedade do serviço e suas interfaces que levam o trabalhador a realizar no seu trabalho um serviço de má qualidade, adicionado ao acúmulo da sobrecarga de trabalho pela dificuldade da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) prescrito, devido aos problemas vigentes nas diferentes realidades das unidades APS, deixando-os com estresse ocupacional.

Leni Santana (2015), conclui em seu estudo, que os indicadores de saúde do trabalhador da saúde, evidenciaram problemas decorrentes das características e da dinâmica do trabalho do ambiente hospitalar, principalmente nos setores em que as rotinas são mais intensas e desgastantes como na Unidade de Terapia Intensiva, no Centro Cirúrgico e no Pronto Socorro, propiciando uma maior exposição a fatores desencadeantes de Estresse Ocupacional.

Muito comum o aumento do estresse, decorrente de pressões no trabalho resultando em inúmeras queixas físicas persistentes, como dores de estômago, dores de cabeça, palpitações e insônia crônica (KABAT-ZINN, 2019b).

Ainda como decorrência das condições geradoras do estresse tem-se a Síndrome de *Burnout*.

A síndrome de *Burnout* foi caracterizada por Maslach e Jackson (2014) como um conjunto de sintomatologia física e psicológica, sendo constituída por três dimensões relacionadas (tridimensional): exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. A exaustão emocional é caracterizada como a perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho; a despersonalização seria o desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade e de cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado; e a falta de realização pessoal. E tudo isso associado com sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional.

Garcia e Marziale (2017) apontam ainda que as conseqüências desta síndrome aparecem ainda associadas à diminuição da produção, da qualidade do trabalho executado, ao aumento de ausência no trabalho, aumento da rotatividade, desencadeando inclusive acidentes ocupacionais e ainda acarretando consideráveis prejuízos financeiros para as organizações e para a própria saúde dos trabalhadores.

Quando a manifestação do *Burnout* acomete aquele incumbido de “cuidar”, antevemos as conseqüências que isso acarreta em sua própria saúde física e emocional com preocupantes reflexos na qualidade e efetividade do objeto de seu trabalho.

Inúmeros estudos apontam para esta realidade atual, de que os trabalhadores da saúde estão cada vez mais propensos e expostos ao adoecimento tanto físico quanto mental, ocasionado pela sobrecarga de trabalho, com queixas de cansaço e

falta de tempo para atividades como descanso, lazer, atividades físicas, além de outros cuidados com a própria saúde (TRINDADE, 2018).

Portanto, percebemos como imprescindível o planejamento de ações que busquem preservar e promover a melhoria da saúde do profissional da área.

Há um mito grego que entendemos, pode nos auxiliar na compreensão desta dialética que envolve o curador que ao mesmo tempo é ferido, que é o mito de Quíron.

Como relata BRANDÃO (1991, p. 90), Quíron, cujo nome significa “que trabalha ou age com as mãos”, *cirurgião*, “era um grande médico, que sabia compreender seus pacientes por ser um *médico ferido*”. Ele era filho do deus Cronos com Fílira (filha do Oceano), e pertencia à geração divina dos Olímpicos. Em razão de Cronos ter-se unido a Fílira sob a forma de um cavalo, Quíron veio a ser um Centauro, possuindo natureza equina e humana, possuindo cabeça e tronco de homem e o restante do corpo de cavalo. Ele vivia no monte Pélion. Diferentemente dos demais centauros ele era sábio e foi educado e “recebeu lições de Apolo e Diana” (BULFINCH, 2006, p. 131), ensinava música, arte da guerra e da caça, a moral e, sobretudo, a medicina. Como observa Brandão (1991, p. 90) ele “foi o grande educador de heróis, entre outros, de Jasão, Peleu, Aquiles e Asclépio”, vindo este último, filho de Apolo, a se tornar um grande médico e, após sua morte, foi transformado em um deus.

Quando da guerra movida por Hércules contra os centauros, ele feriu acidentalmente a Quíron com uma de suas flechas envenenadas. Quíron tentou toda sorte de tratamento com unguentos medicinais mas a ferida era incurável, trazendo-lhe contínuo sofrimento, o que o levou a desejar para si a morte, mas não podia morrer por ser um deus. Depois de algum tempo sofrendo, Zeus atendeu o seu pedido e transferiu sua imortalidade a Prometeu, vindo ele a morrer, e em seguida, para que não fosse esquecido, Zeus elevou-o ao céu na forma de uma constelação, a constelação de sagitário.

Entretanto, Quíron precisou conviver durante um bom tempo com sua ferida. Com o tempo ele voltou a exercer a medicina, mesmo ferido, e tornou-se muito mais compreensivo com seus pacientes.

Como observa Lucena (2014, s/p)

Esse ferimento é muito significativo, pois foi justamente por ter se tornado portador de um sofrimento crônico que Quíron transformou-se em um exímio curador. Levando-se em conta o destino desse curador ferido e refletindo-se sobre o significado desse seu ferimento, poder-se-ia pensar que teria sido a partir de seu próprio sofrimento, incurável, que Quíron pôde entender a dimensão do sofrimento daqueles que curava.

O mito de Quíron nos faz considerar por uma outra perspectiva a concepção de cura, “uma vez que essa reflete a idéia de que ‘cura’ seria mais do que a simples conscientização dos conflitos que demandam à procura pela terapia, seria um aprender a lidar com o sofrimento de forma saudável e enriquecedora” (LUCENA, 2014, s/p).

Para Carl Gustav Jung os mitos atuam como arquétipos e refletem o inconsciente coletivo.

Jung entende por inconsciente coletivo, uma camada mais profunda da psique, repleta de conteúdos e comportamentos comuns a todos os indivíduos. Conteúdos esses que não são adquiridos individualmente, mas herdados. Assim explica Jung:

O inconsciente coletivo é uma parte da psique que pode distinguir-se de um inconsciente pessoal pelo fato de que não deve sua existência à experiência pessoal, não sendo portanto uma aquisição pessoal. Enquanto o inconsciente pessoal é constituído essencialmente de conteúdos que já foram conscientes e no entanto desapareceram da consciência por terem sido esquecidos ou reprimidos, os conteúdos do inconsciente coletivo nunca estiveram na consciência e portanto não foram adquiridos individualmente, mas devem sua existência apenas à hereditariedade. Enquanto o inconsciente pessoal consiste em sua maior parte de complexos, o conteúdo do inconsciente coletivo é constituído essencialmente de arquétipos\*. O conceito de arquétipo, que constitui um correlato indispensável da idéia do inconsciente coletivo, indica a existência de determinadas formas na psique, que estão presentes em todo tempo e em todo lugar. A pesquisa mitológica denomina-as "motivos" ou "temas"; na psicologia dos primitivos elas correspondem ao conceito das *représentations collectives* de LEVY-BRÜHL e no campo das religiões comparadas foram definidas como "categorias da imaginação" por HUBERT e MAUSS. ADOLF BASTIAN designou-as bem antes como "pensamentos elementares" ou "primordiais". A partir dessas referências torna-se claro que a minha representação do arquétipo - literalmente uma forma preexistente 1 Esta última frase só existe na versão inglesa. 53 - não é exclusivamente um conceito meu, mas também é reconhecido em outros campos da ciência. Minha tese é a seguinte: à diferença da natureza pessoal da psique consciente, existe um segundo sistema psíquico, de carácter coletivo, não-pessoal. ao lado do nosso consciente, que por sua vez é de natureza inteiramente pessoal e que - mesmo quando lhe acrescentamos como apêndice o inconsciente pessoal - consideramos a única psique passível de experiência. O inconsciente coletivo não se desenvolve individualmente, mas é herdado. Ele consiste de formas preexistentes, arquétipos, que só secundariamente podem tornar-se conscientes,

conferindo uma forma definida aos conteúdos da consciência (JUNG, 2000, p. 53-54).

Neste sentido, o mito de Quíron se coloca como uma figura arquetípica do curador ferido, aquele que se coloca ao lado dos que sofrem em razão de suas feridas (físicas ou psíquicas), e tem a capacidade de sentir a dor do outro sem, no entanto, negar a sua dor, mas que em alguns momentos precisa fazer o que nos ensina Clarice Lispector: “Um amigo me chamou pra cuidar da dor dele, guardei a minha no bolso. E fui.”

O profissional da saúde, aquele que cura, precisa ter muito claro para si que é um ser finito, limitado, suscetível ao adoecimento e à dor. Tal é até mesmo condição para que ele seja um bom profissional da saúde.

Ele não se coloca nem acima e nem abaixo dos seus pacientes, mas ao lado.

Na medida em que ele aprende a lidar com as dimensões mais intrincadas de seu ser, de sua dor, ele poderá também experimentar o que Jung chama de processo de individuação e que consiste em a pessoa tornar-se o que de fato é, desvestindo-se de suas personas e aprofundando no autoconhecimento, que implica também no autocuidado.

Em face do contexto de desumanização provocado pela sociedade pós-moderna, orientada pela economia de mercado e por um sistema burocratizado e despersonalizado, o profissional da saúde encontra-se ainda mais exposto a toda sorte de pressões que podem, com o tempo, ser geradores de disfunções psíquicas e orgânicas, fazendo-se imperativo que esses profissionais desenvolvam o autoconhecimento e autocuidado como condição necessária para a manutenção de seu equilíbrio biopsíquico.

## **2.2 MINDFULNESS E PRÁTICAS MEDITATIVAS: UMA ANÁLISE CONCEITUAL E HISTÓRICO-CULTURAL**

É de fundamental importância conceituarmos o termo *mindfulness*, bem como estabelecer sua relação com as práticas meditativas, especialmente as práticas



meditativas orientais, de forma a distingui-las mas ao mesmo tempo estabelecer suas conexões e sua origem histórica e cultural.

### **2.2.1 *Mindfulness*: análise conceitual**

A prática de *Mindfulness*, principalmente no Brasil, é relativamente nova, embora já tenhamos vários centros de treinamento espalhados pelo país.

Entendemos que sua conceituação ainda está sendo lapidada por diversos autores bem como os resultados de sua aplicação demandam constantes estudos e pesquisas.

*Mindfulness* ou atenção plena refere-se à habilidade de prestar atenção em qualquer situação que encontre com a intenção de se envolver no aqui e agora de uma forma aberta, curiosa e autêntica, antes de fazer um julgamento sobre a situação (ROEMER & ORSILLO, 2010; DANE & BRUMMEL, 2013).

A conceituação de *mindfulness*, de acordo com os ensinamentos orientais, implica em alguns posicionamentos como, (i) prestar atenção, (ii) intencionalmente, (iii) no momento atual, (iv) sem julgar e (v) na vivência enquanto desabrocha (KABAT-ZINN, 2019b).

Hülshager *et al.* (2013), assevera que *mindfulness* envolve algumas características: uma consciência receptiva e o registro de experiências internas que implicam em emoções, pensamentos, intenções, comportamentos e eventos externos. O processamento *mindful* de informações, ou seja, um estado *mindful*, onde os indivíduos estão tão somente observando o que está acontecendo sem avaliar, analisar ou refletir sobre isso. Considera ainda *que mindfulness* se caracteriza por uma consciência voltada para o presente, na qual os indivíduos focam nas experiências momento a momento ao invés de pensar sobre o passado ou fantasiar sobre o futuro. *Mindfulness* é uma capacidade humana natural que varia de pessoa para pessoa e situações. A grande maioria dos pesquisadores tem concordado que mais de um processo está envolvido em *mindfulness*, incluindo atenção, consciência, intenção, atitude, cognição e ação.

A prática de *mindfulness* tem muito mais a ver com o não fazer, com simplesmente entrar no ato de estar no instante presente, o único que temos, que com fazer algo ou chegar a algum lugar. É realmente um gesto interior que inclina o coração e a mente na direção de um espectro total de consciência do momento presente como ele é, aceitando o que estiver acontecendo, simplesmente porque já está acontecendo, e não levando nada para o lado pessoal, ou seja, não assumindo uma postura de reatividade (KABAT-ZINN,2019).

É ainda Jon Kabat-Zinn, um dos pais do uso clínico de *mindfulness* no Ocidente (DEMARZO,2016), quem afirma que quando se diz respeito à prática de *mindfulness*, algumas atitudes fundamentais devem estar presentes como o não julgar, a paciência, uma postura de mente de principiante, confiança, a aceitação e o soltar que implica em não se apegar principalmente às sensações, pensamentos e situações que muitas vezes insistimos em nos fixar. Segundo este mesmo autor, *mindfulness* é sinônimo de consciência que nasce de prestar atenção no momento presente e sem julgamento (KABAT-ZINN, 2019a). Shapiro S. et. all. (2006), consideram que pelo menos três componentes interagem entre si durante a prática de *mindfulness*, como a intenção de praticar, a atenção que é praticada em si e a atitude com a qual se pratica a atenção.

A prática de *mindfulness* busca reexercitar a atenção. Na concentração, a estratégia de quem medita é fixar o foco em um único preceito, fazendo sempre a mente dispersiva voltar para o seu objetivo (GOLEMAN, 2005).

Podemos por fim, considerar *mindfulness* como sendo um estado ou traço que se resume à capacidade de estar atento ao que acontece no presente com abertura e aceitação (DEMARZO, 2016), uma maneira plena de se vivenciar a existência.

Por outro lado, observa-se que o uso do termo *mindfulness* como correspondente de *atenção plena* está sujeito a críticas, tendo-se em vista que a *atenção plena*, que é o que objetiva a prática da meditação nas suas origens orientais consiste justamente em se colocar numa condição de observador, sem julgamentos, numa condição de não ação, ou seja, distinta do exercício da mente na forma como preconizado pela tradição filosófica ocidental, para a qual meditar consiste no exercício constante da mente e do juízo (CAPRA, 2007).

O termo *mindfulness* tem sido desenvolvido em uma perspectiva mais pragmática e com maior aceitação no meio acadêmico e científico, entretanto suas bases e forma de atuação possui íntima relação com as milenares práticas meditativas, como veremos no tópico seguinte.

### **2.2.2 Mindfulness e meditação**

As práticas de meditação datam de aproximadamente 2.600 anos, tendo sido desenvolvida em diversas manifestações culturais como o budismo, o hinduísmo e o próprio cristianismo.

A palavra meditação vem do latim, **meditare** e significa ir para o centro, no sentido de desligar-se do mundo exterior e voltar à atenção para dentro de si (DANUCALOV; SIMÕES, 2006).

Meditação em sânscrito é Dhyana que significa “pensar ou refletir”, é quando se mantém a consciência na atenção sem alterar ou oscilar a concentração. Ela também é entendida como estado de Shamâdhi que significa “êxtase”, promovendo uma dissolução da nossa identificação com o ego, e total aprofundamento de nossos sentidos (DANUCALOV; SIMÕES, 2006).

As várias conceituações da palavra meditação sempre apontam para uma concepção comum, ou seja, o voltar-se para dentro, o de apontar para a interiorização. Tal implica num primeiro momento em se desfocar das estimulações externas e buscar reexercitar a atenção. Na concentração, a estratégia de quem medita é fixar o foco em um único preceito, fazendo sempre a mente dispersiva voltar para o seu objetivo (GOLEMAN, 2005).

As práticas meditativas podem estar ligadas à uma tradição religiosa específica ou mesmo sua prática ter como objetivo buscar uma conectividade com a espiritualidade sem necessariamente se vincular a dogmas ou filosofias religiosas. Pode ainda ser exercitada como um treinamento mental desvinculado de qualquer conotação espiritual ou religiosa.

No que se refere às práticas meditativas vinculadas a tradições espirituais, as mais conhecidas e divulgadas no ocidente são as seguintes: a) meditação Shamatha:

prática budista de acalmar e tranquilizar a mente, focalizando na respiração, em uma imagem ou em um objeto; b) meditação Vipassana: prática tradicional budista e indiana, que enfatiza a consciência da respiração, fazendo com que a pessoa fique focada no ar que entra e sai pelas narinas, ensinando o praticante a observar os pensamentos e experiências à medida que surgem, aceitando as coisas como elas são; c) meditação Zen: prática budista do Japão, onde a pessoa concentra sua atenção na respiração abdominal e observa pensamentos e experiências passando pela mente e pelo ambiente; d) Raja Yoga: prática hindu que remonta milhares de anos, utilizando a concentração para acalmar a mente e trazê-la para um ponto de foco. Inclui uma combinação de mantras, técnicas de respiração e em pontos específicos ao longo da medula espinhal (chakras) como focos de atenção; e) meditação *Loving-Kindness*: sua origem vem dos ensinamentos do budismo tibetano e envolve enviar amor-bondade a si mesmo, a um amigo, ente querido ou a alguém que é neutro em sua vida, a uma pessoa que lhe parece hostil e ao universo (SAMPAIO, 2018).

Ainda podemos fazer referência às práticas meditativas desenvolvidas por Osho, conhecidas como meditações catárticas, que foram bastante difundidas no ocidente, e também as meditações cristãs, como as desenvolvidas por Santo Inácio de Loyola.

Muito interessante observarmos que a despeito das diferentes práticas existentes, as práticas meditativas buscam atingir objetivos muito semelhantes, como o trabalho e desenvolvimento da concentração. Neste caso o praticante fixa a mente de forma intensa em um único ponto, objetivando o desenvolvimento de um estado aberto ou ampliação da consciência tornando-se um mero espectador dos pensamentos que invadem a sua mente, estando atento a todos mas sem se prender a nenhum. Simultaneamente busca-se também o desenvolvimento da compaixão que consiste em um intenso sentimento de amor compassivo por todos os seres vivos.

Demarzo (2016) considera que o conceito de *mindfulness* provém do budismo, sendo importante o reconhecimento das origens histórica dos termos e conceitos de *mindfulness*, embora as terapias baseadas nesta prática sejam revisões científicas e laicas.

Kabat-Zinn (2019 a, p. 151) assim refere:

De todas as práticas de sabedoria meditativas que foram desenvolvidas em culturas tradicionais pelo mundo e pela história, o *mindfulness*, talvez seja a mais básica, a mais poderosa, a mais universal, entre as mais fáceis de compreender e adotar, e é possível que seja a mais desesperadamente necessária hoje.

Grossman, apud Stübing (2015, p. 21) fala sobre a relação entre *mindfulness* e as práticas budistas:

Em um artigo de 2010, Grossman reflete sobre a profundidade de conceito de na *mindfulness* na tradição budista, lembrando da importância do cultivo de comportamentos éticos e de um estado afetivo apoiado na gentileza, paciência, tolerância, aceitação sem expectativas, empatia e abertura. (...) Grossman chama a atenção para o fato de que *mindfulness* como conceituada por autores de TCCs pode perder as sutilezas do amplo conceito budista e lembra que, até pouco tempo atrás, Terapias Comportamentais negavam a importância das emoções e pensamentos, considerando-os fora do escopo da pesquisa científica. Além disso, muitos teóricos escrevem sem ter a vivência da prática, o que limita a percepção de sutilezas do conceito.

Desta forma, não obstante a relevância da ciência, do pensamento científico e suas categorias de análise, importa compreender que a própria ciência passa por mudanças conceituais, o que tem ocorrido nas últimas décadas em face das pesquisas levadas a efeito pela física quântica.

Muito do que a ciência em outros tempos considerou como superstição e crendice, como os mitos e os saberes tradicionais, hoje são apropriados pela própria ciência.

Assim, podemos afirmar que o conceito de *mindfulness* tem sua origem nas tradições contemplativas do Oriente e está mais frequentemente associado à prática formal de meditação. Práticas meditativas similares aconteciam por volta de 1000 a.C., o que é denominado treinamento da atenção plena, mas que teve início há 2.500 anos através dos ensinamentos históricos de “o Buda”. Markus e Lisboa (2015), e Kabat-Zin (2019a) informam que *mindfulness* emerge das antigas tradições.

### 2.2.2.1 A inserção da meditação no ocidente

A prática da meditação, que por milhares de anos ficou restrita em lugares específicos do oriente, há algumas décadas começa a ser descoberta e resgatada pelo ocidente, sendo que na década de 60 iniciaram-se os primeiros estudos sistematizados a respeito da meditação e os benefícios de sua prática.

Robert Keith Wallace (1970) na década de 1970, introduz de forma mais abrangente a prática de meditação e seus benefícios, com pesquisas científicas sobre os efeitos da Meditação Transcendental (MT) na mente e no corpo. Em seus primeiros experimentos, atestou que durante a prática, a taxa metabólica de um organismo é reduzida em 16% nos primeiros minutos e em se comparando com a redução de 12% que ocorre durante muitas horas de sono, percebeu-se como a meditação pode promover rapidamente um estado de relaxamento muito mais profundo que aquele produzido pelo sono, descoberta de importante relevância para as ciências médicas.

Ainda no ano de 1970 houve interesse da comunidade científica em estudar a meditação em função dos resultados obtidos com o dr. Wallace, e posteriormente com o início do desenvolvimento das práticas de *mindfulness* com Kabat-Zinn, que por volta de 1985 iniciou um trabalho de adaptação das práticas meditativas orientais com cunho espiritual e contemplativo, adaptando-as mais adequadamente ao ocidente e à comunidade científica (SAMPAIO, 2018).

Importante mencionarmos também as pesquisas desenvolvidas pelo dr. Herbert Benson, médico cardiologista, que juntamente com outros pesquisadores de Harvard, na década de 70, demonstraram os efeitos positivos da aplicação de técnicas de relaxamento em pacientes hipertensos (STUBING, 2015).

Por meio dos resultados desta pesquisa sobre os efeitos positivos de relaxamento proporcionando diminuição da função metabólica, com efeito direto no estresse, esta prática recebeu o nome de “resposta de relaxamento”, inspirando posteriormente (1975) a publicação de seu livro, intitulado “The relaxation response”, causando impacto e mudança de paradigma na visão de médicos na relação mente-corpo, e mesmo na introdução de tais práticas na saúde, uma vez que os principais passos desenvolvidos pela referida prática compreendiam: 1) a repetição de uma

palavra, frase ou oração na qual a pessoa se concentrasse de 10 a 20 minutos, muito similar ao exercício de mantras; 2) abrir mão de outros pensamentos que viessem à mente, o que percebe-se, teve suas bases nas práticas milenares da meditação (BENSON, 1998).

Em 1979 Kabat-Zinn dá início à aplicação da prática de *mindfulness* junto a pacientes do Centro Médico da Universidade de Massachusetts, denominada de “Clínica de Redução de Estresse Baseada em Mindfulness– MBSR”, considerado grande marco de inserção de estudos clínicos sobre a aplicação do *mindfulness* tanto na medicina, quanto na psicologia, e também como uma maneira de levar a meditação para a medicina tradicional. (KABAT-ZINN, 2019b). Segundo esse mesmo autor, a meditação se insere assim em um mundo que se encontra em um estado limite, iniciando uma “Renascença do despertar, da compaixão e da sabedoria”.

O norte americano Daniel Goleman, doutor em Psicologia pela Universidade de Harvard, e mundialmente conhecido por seu livro “Inteligência Emocional” (1995), relata sua experiência pessoal com a prática da Meditação em seu livro “A arte da Meditação” (2005). Ele conceitua meditação como sendo uma prática que busca reexercitar a atenção, sendo que a estratégia de quem medita é fixar o foco em um único preceito, fazendo sempre a mente dispersiva voltar para o seu objetivo.

Em função de todo o exposto entendemos que, para efeito de compreendê-lo de forma mais abrangente, *Mindfulness* não pode ser dissociado das práticas meditativas orientais, tendo em vista que é legatário destas práticas.

*Mindfulness* consiste em uma ocidentalização destas práticas, assim como ocorreu com outras práticas de saúde de origem oriental, como, por exemplo, homeopatia e acupuntura. *Mindfulness*, todavia, difere destas práticas de meditação, tendo em vista que rompe com suas concepções de natureza espiritual para dar-lhes contornos e fundamentos de cientificidade.

A meditação seria uma técnica adequada que auxilia o praticante a treinar a capacidade e a habilidade de *mindfulness*, embora o objetivo de um treinamento em *mindfulness* não seja a meditação em si. Embora as terapias baseadas em *mindfulness* tenham claramente uma raiz em técnicas meditativas budistas, estão

atualmente desprovidas de qualquer conotação religiosa, adaptadas ao contexto cultural ocidental (DEMARZO, 2016, p. 29)

Entende-se, entretanto, que querer estabelecer uma distinção radical entre *Mindfulness* e meditação, e especialmente no contexto das tradições orientais, só pode ser fruto de preconceito pois, ainda que as práticas de meditação tenham se originado no contexto de tradições de espiritualidade, sem a preocupação de fundamentos de cientificidade, isso por si só não subtrai os fundamentos de verdade e eficácia presentes nestas práticas, ainda que sem a preocupação dos cânones de cientificidade tão caros à cultura ocidental.

Tanto é que muitos autores utilizam a expressão Meditação *Mindfulness* para se referir à prática de *mindfulness*. É o caso de Fernandes (2018), que afirma que as práticas de *Mindfulness*, atualmente inseridas em um contexto laico, são familiares às técnicas meditativas da tradição budista e tem como objetivo observar as experiências como elas se apresentam, sem modificá-las.

Kabat-Zinn considerado o precursor da prática de *mindfulness* nas áreas da medicina, psicologia, neurociência, em inúmeros trechos de seus estudos e livros como “Meditação é mais do que você pensa” (2019a) e “Viver a Catástrofe Total” (2019b), frequentemente utiliza a expressão “**meditação *mindfulness***”, não dissociando os termos.

Marcelo Marcos Piva Demarzo (2011, p. 9), pesquisador, instrutor e autor de inúmeros livros e artigos sobre *mindfulness*, em seu artigo intitulado “Meditação Aplicada à Saúde” assim afirma:

A meditação já pode ser recomendada como terapia complementar a pessoas e pacientes de todas as idades. Este artigo busca trazer uma introdução aos principais conceitos e práticas relacionados à aplicação da meditação no campo da saúde e da atenção primária à saúde (APS), com ênfase na meditação conhecida como *mindfulness*.

Esta relação entre *Mindfulness* e Meditação está presente na análise de vários outros autores.

Portanto, concluímos este tópico afirmando que, não obstante *mindfulness* tenha suas características específicas, conforme exposto na análise conceitual do



termo, segundo os contornos que foram construídos pelo pensamento ocidental, entendemos que ele é sim, legatário em primeira mão das práticas de meditação orientais, que são praticadas atualmente não só no oriente mas também no ocidente.

Observamos que atualmente a Meditação consta da lista das Práticas Integrativas e Complementares do SUS, mas não a prática de *Mindfulness*.

Assim, esta análise conceitual, histórica e cultural, ao estabelecer a similaridade entre *Mindfulness* e Meditação, tem como objetivo a proposta que trataremos ao final deste trabalho, de inclusão de *Mindfulness* na lista de Práticas Integrativas do SUS pelo Ministério da Saúde, pois se a Meditação, à qual tem se conferido um acentuado tom de prática de espiritualidade, consta da relação de Práticas Integrativas do SUS, justo seria, portanto, que uma prática que é legatária das tradições espirituais de meditação, mas com fundamentos de cientificidade e práticas específicas também seja incluída como Prática Integrativa.

## 2.3 MINDFULNESS E PSICOLOGIA

### 2.3.1 Os primeiros encontros entre *Mindfulness* e psicologia.

O interesse pelo conceito de *Mindfulness* e sua prática pela Psicologia teve seu início há pelo menos quatro décadas, com as pesquisas inicialmente realizadas pela psicóloga estadunidense e professora da Universidade de Harvard Ellen Langer, e no desenvolvimento também de pesquisas da tradição meditativa milenar do Oriente, introduzida na prática clínica por Jon Kabat-Zinn (VANDERBEG e ASSUNÇÃO, 2009).

Langer dedicou a maior parte de sua carreira estudando o fenômeno que foi por ela chamado de *Mindlessness*, que seria o modo de funcionar em que a pessoa vive como se fosse guiada por um piloto automático, um modo de ação muito comum na vida cotidiana. Seria a maneira de pensar e agir em que o indivíduo confia em categorias previamente estabelecidas e olha o mundo a partir de uma única visão. Segundo Langer a consideração simultânea de diferentes pontos de vista é uma importante fonte de *mindfulness* (VANDERBEG e ASSUNÇÃO, 2009). O indivíduo

que pode vir a entender a mesma situação de diferentes perspectivas consegue enxergar sentidos que lhe escapariam se vivesse a partir de um só ponto de vista. Atualmente Langer continua suas pesquisas voltadas à diferenciação de crenças e ilusões desenvolvidas pelo indivíduo ao longo da vida e também sobre como a prática de *mindfulness* pode possibilitar o retardo no processo de envelhecimento (PLENAE, 2018).

Kabat-Zinn, se baseou na sua experiência pessoal com a meditação quando trouxe as práticas budistas para a medicina comportamental. Essa contribuição ocorreu no momento em que surgia no espectro das terapias cognitivo-comportamentais um campo teórico e filosófico fértil, pronto para recebê-la. Nova tendência na clínica era favorável a esse encontro com a meditação porque apresentava aspectos muito semelhantes aos do budismo: ensinava que sensações e emoções negativas não devem ser combatidas mas aceitas de um ponto de vista transcendental; valorizava emoções positivas, atitude de vida de compaixão e um desprendimento dos conteúdos conceituais (HAYES, 1987, LINEHAN, 1993).

A partir da década de 70, Kabat-Zinn e outros pesquisadores da Universidade de Massachusetts, nos Estados Unidos, propuseram a utilização da meditação como terapia clínica no Ocidente e, então, em 1979, foi desenvolvido um programa de intervenções dedicado à redução de estresse, denominado *Mindfulness-based Stress Reduction – MBSR* (Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*). A idéia inicial era criar um veículo para o treinamento efetivo de meditação, incluindo componentes do Hatha yoga, e para aplicações imediatas no tratamento da dor e estresse (FERNANDES, 2018).

Neste programa, realizado ao longo de oito semanas, Kabat instruía os pacientes do hospital em Worcester, Massachusetts, em práticas de respiração diafragmática, proporcionando o relaxamento do abdômen, usando como foco de atenção a própria respiração e os movimentos do diafragma provenientes da inspiração e expiração. Usando a respiração como âncora, fazia referência da mesma como sendo um objeto de atenção extremamente útil no cultivo da capacidade de habitar a consciência. A atenção e ajuste da postura na posição sentado ou deitado de costas era desenvolvida e instruída, como o escaneamento corporal ou body scan,

prática em que se colocava a atenção em diferentes partes do corpo, começando pelos pés até a cabeça ou ao contrário, além de outros exercícios corporais como hatha yoga e foco de atenção quando se estava caminhando, alimentando ou outras atividades cotidianas.

No âmbito científico, a prática de *mindfulness* se divide em dois tipos: a prática formal, baseada em técnicas de meditação, e a prática informal, que consiste em levar essa qualidade de atenção ao presente em atividades cotidianas (DEMARZO, 2016, p. 24).

Kabat-Zinn procura desenvolver a idéia de *mindfulness* como sendo uma forma de se estar no mundo e uma consciência franca, momento a momento, sem julgamento sendo cultivado de modo mais eficiente por meio da meditação (KABAT-ZINN, 2019 a, p.50).

Goleman (2005) considera em seu livro “A arte da Meditação”, que desde 1984 o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos divulgou um relatório recomendando a meditação (além da redução de sal e uma dieta alimentar) antes da prescrição de remédios, como tratamento inicial para a hipertensão moderada. Esse reconhecimento oficial foi importante para disseminar a meditação e outras técnicas de relaxamento como tratamento na medicina e psicoterapia. Ele ainda aborda que, em se considerando a fase de recuperação do estresse como sendo a chave para os sintomas de ansiedade crônica e desordens psicossomáticas, verificou-se que a meditação pode funcionar como uma terapia tanto no nível psicológico como no puramente somático, facilitando uma recuperação mais rápida de situações estressantes. Como tal, a meditação se mostra um auxiliar útil para qualquer psicoterapia. (GOLEMAN, 2005).

Fernandes (2018, p. 21) considera que

(...) as intervenções baseadas em *Mindfulness* envolvem mecanismos ligados à regulação da atenção, regulação emocional-valorização, regulação emocional-exposição, consciência corporal e mudanças nas perspectivas do “próprio eu”. Pode-se compreender como redução da atenção, a sustentação da atenção em determinados pontos, também chamados de âncoras, que podem ser: a própria respiração, sensações corporais, pensamentos e emoções. A regulação da atenção experimentada na prática de *Mindfulness*, aborda uma habilidade de autoconsciência ou auto-observação dos próprios processos mentais (metacognição) e eventos que ocorrem no momento presente, de modo curioso e não-avaliativo.

Atualmente várias intervenções baseadas em *Mindfulness* têm sido estudadas e aplicadas amplamente no contexto nacional e internacional.

Segundo Fernandes (2018), o programa de Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT), tem sido recomendado para prevenção de recaída da depressão pelo National Institute for Clinical Excellence. Outro estudo piloto mencionado por Fernandes diz respeito a um grupo pré/pós intervenção e grupo controle, no qual avaliou a viabilidade e efeitos de um Programa de Redução de Estresse baseado em *Mindfulness* em 50 médicos na Holanda, mostrando resultados quantitativos deste estudo em redução de níveis de burnout e aumento nas habilidades relacionadas a *Mindfulness*, indicando que a intervenção propiciou aumento de bem-estar e autocompaixão por outras pessoas.

Nos últimos anos houve um crescente interesse e desenvolvimento por inúmeras terapias com bases em *mindfulness* (TBMs), em decorrência da vasta literatura de estudos científicos demonstrando a eficácia decorrente desta prática. Outras terapias tradicionais como terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia sistêmica, também tem incorporado em seu escopo de tratamento, práticas de *mindfulness* (DEMARZO E ORGS-2016).

No Brasil podemos mencionar o próprio trabalho desenvolvido por FERNANDES (2018) com o título: “Os efeitos de um programa de *mindfulness* para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes-e-depois”, que observou melhora em níveis de atenção plena na funcionalidade do trabalho daqueles profissionais, levando-os a modificar os modos de organização de suas tarefas e, por via de consequência, reduzindo seus riscos de adoecimento.

Pesquisa desenvolvida por Marcelo Marcos Demarzo (2017), utilizando o mesmo protocolo de aplicação de práticas de *mindfulness*, demonstrou, como resultado, grande potencial para melhoria do estado de saúde e bem-estar da população em geral e de pacientes portadores de condições crônicas.

Importante pesquisa também foi desenvolvida por Katya Sibebe Stubing (2015) com o título “Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar”. Esta pesquisa teve duração de três anos, sendo dividida em

fase piloto, fase grupo controle e fase intervenção, sendo que cada fase aconteceu em diferentes períodos de tempo, objetivando que um número adequado de indivíduos fosse alcançado na pesquisa. Obteve-se como resultado a ocorrência de diminuição da ansiedade do grupo de pacientes participantes em relação ao grupo não participante da intervenção.

Atualmente inúmeras pesquisas ainda estão em andamento e validação por centros de estudos e Universidades espalhadas pelo Brasil com foco de concentração nesta temática.

### **2.3.2. *Mindfulness* e Terapias de base Cognitivo-Comportamental**

Quando observamos os elementos constantes na prática de *mindfulness*, podemos reconhecer similaridades com as bases desenvolvidas pela Terapia cognitivo-comportamental. Vários elementos considerados por Langer possuem relação direta com o objeto de análise da abordagem psicoterápica Cognitivo-Comportamental (TCC), onde se trabalha as crenças centrais desenvolvidas pelo indivíduo a partir de suas vivências e as interpretações que são desenvolvidas a partir destas crenças. Os elementos pensamento, sentimento e comportamento estão na base do trabalho desta abordagem psicoterápica (BECK, 1997).

Aaron Beck, psiquiatra norte americano e professor emérito do departamento de psiquiatria da Universidade da Pensilvânia, conhecido como o pai da Terapia Cognitivo-comportamental, discorrendo sobre as bases da TCC considera que as crenças que temos sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro determinam o modo como nos sentimos: o que e como as pessoas pensam afeta profundamente o seu bem-estar emocional (BECK, 2003, p.54).

Como base da TCC está o entendimento de que nossos sentimentos dependem de como avaliamos os acontecimentos. Se avaliarmos uma situação como perigosa, desenvolveremos o medo, se avaliarmos e focamos uma determinada situação como perda, desenvolveremos o sentimento de tristeza e assim sucessivamente. Com o desenvolvimento de determinadas crenças ao longo de nossa vida, podemos incorrer em maneiras distorcidas e rígidas de interpretação dos

acontecimentos que nos cercam, trazendo muitas vezes uma visão limitada e distorcida da vida, desenvolvendo assim o que BECK denomina de esquemas. As primeiras formulações de Beck centravam-se no processamento ou interpretação desadaptativa que poderia desencadear transtornos de ansiedade e depressão (BECK e KUYKEN, 2003).

Aaron Beck observou ao longo de anos de atendimento clínico e experimental, a visão negativista desenvolvida pelos pacientes depressivos desempenhando uma função central na instalação e manutenção da depressão. Depressivos sistematicamente distorciam a realidade, aplicando uma visão negativa em seu processamento de informação, relacionando assim os pensamentos aos padrões de sentimentos e por conseqüência desencadeando comportamentos específicos (SERRA, 2007).

As intervenções da TCC buscam auxiliar as pessoas a fazerem uma avaliação mais objetiva, mais realista, corrigindo tais distorções. O meio é focalizar as interpretações errôneas, comportamento autoderrotista e atitudes disfuncionais do paciente (BECK,1997).

A TCC no desenvolvimento de suas técnicas e linhas de tratamento, auxilia as pessoas em um primeiro momento a identificarem tais distorções e, por meio do treino de habilidades, a manejarem melhor seus quadros de ansiedade, depressão e dificuldades de relacionamento, que seria o desenvolvimento de habilidades sociais.

Quando pensamento, emoção e comportamento estão em equilíbrio, a ação do indivíduo se torna mais consciente e com menos prejuízos, por isso faz-se necessário que o indivíduo desenvolva a capacidade de distinguir os sentimentos da própria realidade, sabendo que um influencia o outro, e desta forma ele tenha condições de avaliar de forma crítica a veracidade de seus pensamentos (BECK, 1997).

Um dos principais objetivos da terapia cognitiva é auxiliar e treinar os pacientes a modificar o conteúdo dos pensamentos a partir de um esforço de auto-observação e, por meio do diálogo socrático, detectar os componentes irracionais (DEMARZO,2016).

Há algumas técnicas utilizadas pela TCC para auxiliar o paciente nesta condição de observação mais consciente e livre de distorção como: a) o monitoramento e registro de situações e acontecimentos e os pensamentos e sentimentos desencadeados; b) treino para utilização de uma resposta mais adequada para controle de reatividade; c) práticas de controle do estresse; d) orientação de maneiras eficientes de respiração e relaxamento muscular, dentre outras. O bom relacionamento entre paciente e terapeuta é um dos recursos também necessários e desenvolvidos pela TCC, criando e preservando uma relação empática, visando oferecer ao paciente ferramentas necessárias para que ele possa mudar seus pensamentos e seus comportamentos em uma direção mais adaptativa (BECK, 2003).

Esta abordagem, portanto, tem suas bases em premissas sobre a função da cognição no controle da emoção e dos comportamentos humanos, e também na compreensão de que o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (WRIGHT, 2018).

Os elementos cognitivos desenvolvidos nesta perspectiva já eram considerados pelos filósofos estoicos, como Epiteto, Cícero e Sêneca. Epiteto cunhou a máxima de que “os homens não se perturbam pelas coisas que acontecem, mas sim pelas opiniões sobre as coisas”.

De igual forma, observa Wright (2018) que também nas tradições filosóficas orientais, como o taoísmo e o budismo, a cognição é considerada como uma força primária na determinação do comportamento humano.

Conforme bem expressou o monge e líder budista Dalai Lama “se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente mas sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja” (DALAI LAMA, 1999, p. xii).

Neste sentido observa-se que o pensamento ocidental, no que se refere aos estudos acerca da cognição e sua relação com o comportamento, tem também raízes no pensamento e tradições orientais.

No desenvolvimento e prática de *mindfulness*, Kabat-Zinn, como consideramos anteriormente, demonstra inúmeras similaridades com as bases da

TCC. Quando faz referência à prática da atenção plena, considera que a forma como vemos as coisas e como pensamos sobre elas e as representações que fazemos sobre nós mesmos, influencia diretamente a maneira como concebemos os problemas e a capacidade de enfrentamento dos mesmos (KABAT-ZINN, 2019b).

Considera que em nosso dia a dia, quando focamos a atenção em nosso diálogo interno, fruto de nossas crenças, podemos observar o efeito que isso têm sobre nossas ações em determinadas situações. Quando ficamos presos em nossos problemas e crises sem considerarmos um contexto maior da situação, podemos fazer escolhas e tomarmos decisões ruins e equivocadas. (KABAT-ZINN, 2019b).

Em seu livro, “Viver a Catástrofe Total”, Kabat-Zinn (2019 b, p. 283), fazendo referência a história de vida de um de seus pacientes, assim discorre:

A história do Dr. Lown ilustra bem o imenso poder que crenças arraigadas (na verdade elas não passam de pensamentos) podem ter sobre nossa saúde. Em última análise, os efeitos dos pensamentos e emoções sobre a saúde dependem da atividade do cérebro e do sistema nervoso, e do quão profunda e imediatamente os pensamentos e emoções podem influenciar nossa fisiologia. Isso significa que a forma como lidamos com os pensamentos e emoções pode fazer uma diferença imensa para a qualidade de vida e saúde, tanto no momento presente como no decorrer do tempo.

As terapias baseadas em *mindfulness* (TBMS) enquanto protocolo, foram incluídas como tratamento eficaz pelo guia NICE (National Institute for Health and Care Excellence) para prevenção de recaídas em depressão, representando uma verdadeira revolução no âmbito da saúde (DEMARZO, 2016).

A MBCT, desenvolvida por três terapeutas cognitivos, pesquisadores de renome mundial, com foco principal na depressão, a saber, Zindel Segal, da University of Toronto, Mark Williams, da University of Oxforde e Jonh Teasdale, Cambridge, é exemplo de uma destas terapias que segue o formato de oito semanas do programa MBSR, elaborada para pessoas que sofreram múltiplos episódios de depressão clínica e que foram tratadas com sucesso pela terapia cognitiva ou com antidepressivos e que, naquele momento, não encontravam-se deprimidas (KABAT-ZINN, 2019b,p.484).



### 2.3.3 *Mindfulness* e neurociência

Inúmeras terapias baseadas em *mindfulness* têm sido utilizadas para o tratamento de vários transtornos, em vista dos excelentes resultados obtidos em estudos e pesquisas realizadas nos últimos anos.

Cebolla (2016, p. 59), considera que “segundo as últimas revisões o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* - MBSR é uma terapia útil para melhorar a saúde mental em geral e para reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão”.

Pesquisas recentes demonstram que nossos cérebros são muito mais maleáveis do que se acreditava anteriormente. É o que observa Russel (2018, p. 43) ao afirmar que “vários estudos mostram que podemos mudar tanto a estrutura como a função das regiões chave do cérebro relacionadas à atenção e à regulação emocional com o treinamento da atenção plena.

Os resultados destes estudos estão grandemente voltados para a verificação das alterações que acontecem quando da prática de *mindfulness* em três estruturas básicas do nosso cérebro a saber: 1. O Córtex cingulado anterior (CCA) e sua relação na atenção; 2. A ínsula (INS) relacionada com a consciência do próprio corpo; 3. O córtex pré-frontal (CPF) vinculado à regulação das emoções (CIFRE e SCOLER, 2016.)

Em estudo realizado por LAZAR et.al. (2005), demonstrou-se como resultados que a prática de meditação pode estar associada a alterações estruturais em áreas importantes do cérebro no processamento sensorial e emocional, sugerindo ainda que a meditação pode afetar os declínios relacionados à estrutura cortical.

Foi utilizado neste experimento imagens de ressonância magnética para visualização de diferenças na espessura do córtex cerebral de meditadores e de não meditadores. Verificou-se que as regiões cerebrais associadas à atenção, interocepção e processamento sensorial foram mais espessas nos participantes da meditação do que nos controles correspondentes, incluindo o córtex pré-frontal e a ínsula anterior direita (LAZAR, 2005,p.1893).

Com relação à idade dos participantes, verificou-se a espessura média do hemisfério direito preservada entre meditadores mais velhos, resultando na hipótese de que a prática de meditação promoveu o espaçamento nessa região.

(...) a espessura cortical média dos participantes da meditação de 40-50 anos de idade era semelhante à espessura média dos 20 a 30 anos de idade. Meditadores e controles antigos, sugerindo que a prática regular de meditação pode diminuir a taxa de degeneração neural nesse *locus* específico. Futuros estudos longitudinais serão necessários para verificar esse achado. (LAZAR, 2005, p. 1896).<sup>1</sup>

Em artigo de revisão de literatura intitulado “The neuroscience of mindfulness meditation” (TANG, HÖLZEL e POSNER, 2015), apesar de inicialmente considerarem a necessidade de realização de mais estudos longitudinais com amostras em maior quantidade, puderam levantar inúmeros estudos que demonstram os efeitos decorrentes da prática de meditação *mindfulness*. Neste estudo os autores utilizaram apenas a “meditação *de mindfulness*,” como eles próprios denominam, excluindo da revisão outros tipos de meditação. Verificou-se novamente evidências de que a prática de *mindfulness* pode causar alterações na neuroplasticidade cerebral. Alguns resultados mencionados nesta revisão: Observou-se que em apenas cinco dias da realização de vinte minutos da prática por dia, levaram a um melhor monitoramento de conflitos interpessoais (p. 5); a redução da intensidade e frequência de sentimentos negativos e ocorrência de estados positivos de humor (p.06); estudo transversal demonstrou conectividade diminuída das regiões cerebrais relacionadas ao processamento da dor (p.07); relato de que o treinamento de *mindfulness* está associado à uma autorepresentação mais positiva, maior autoestima e maior aceitação de si mesmo. Ainda vários estudos demonstraram uma maior ativação da ínsula durante a prática de meditação da compaixão *mindfulness* e aumento da espessura cortical em meditadores mais experientes (p.9).

A redução de estresse ocasionada pela prática da meditação *mindfulness* pode ocasionar mudanças na função cerebral, envolvendo regiões do

---

<sup>1</sup> (...) average cortical thickness of the 40–50-year-old meditation participants was similar to the average thickness of the 20–30-year-old meditators and controls, suggesting that regular practice of meditation may slow the rate of neural degeneration at this specific locus. Future longitudinal studies will be required to verify this finding.<sup>1</sup> (LAZAR, 2005, p. 1896 – tradução livre).

cerebelo e outras redes cerebrais em larga escala. Tal ocorre porque durante a prática são utilizadas múltiplas redes interativas complexas do cérebro (YI-YUAN,2015).

Intervenções de treinamento em *mindfulness* podem melhorar uma ampla gama de resultados de saúde física e mental, como por exemplo, a redução de recidiva na depressão maior, inibir a patogênese do HIV, melhoras no tratamento da psoríase, ou seja, indicadores da possibilidade de alteração da dinâmica de processamento do estresse neural em participantes com alto nível de estresse, podendo influenciar nas referidas condições clínicas (CRESWELL e LINDSAY, 2014). Os mesmos autores ainda assim consideram:

O relato de diminuição do estresse da atenção plena postula que a atenção plena atenua as avaliações de estresse e reduz as respostas de reatividade ao estresse, e que esses efeitos de redução do estresse explicam como a atenção plena afeta os resultados de saúde. Este relato oferece duas previsões iniciais. Em primeiro lugar, postula que os efeitos mais pronunciados da atenção plena sobre a saúde serão observados em contextos em que os participantes carregam cargas de alto estresse (por exemplo, adultos desempregados, participantes com alto sofrimento psicológico) e, em contraste, que as intervenções de treinamento de atenção são improváveis de ter muito impacto sobre os resultados de saúde em grupos de participantes de baixo estresse. Em segundo lugar, os efeitos da atenção plena na saúde são previstos em populações para as quais o estresse é conhecido por desencadear o início ou exacerbação de processos patogênicos de doenças ou por alterar comportamentos de saúde (por exemplo, fumar) que, por sua vez, impactam as doenças (CRESWELL e LINDSAY, 2014, p. 402. Tradução nossa)<sup>2</sup>

Estudos iniciais de neuroimagem indicaram que a prática de *mindfulness* pode alterar a função e estrutura da amígdala, região importante no processamento das

---

<sup>2</sup> The mindfulness stress buffering account posits that mindfulness mitigates stress appraisals and reduces stress-reactivity responses, and that these stress reduction effects explain how mindfulness affects health outcomes. This account offers two initial predictions. First, it posits that the most pronounced effects of mindfulness on health will be observed in contexts in which participants carry high stress burdens (e.g., unemployed adults, participants high in psychological distress) and, by contrast, that mindfulness training interventions are unlikely to have much impact on health outcomes in low-stress participant groups. Second, effects of mindfulness on health are predicted in populations for which stress is known to trigger the onset or exacerbation of disease pathogenic processes or to alter health behaviors (e.g., smoking) that in turn impact disease (CRESWELL e LINDSAY, 2014,p.402)

emoções e as repostas a reação ao estresse de luta ou fuga, além de reduzir a reatividade do sistema nervoso simpático a estressores agudos, e ainda exercer uma ação direta no aumento da atividade no sistema nervoso parassimpático, podendo também frear as respostas de estresse (luta/fuga) do sistema nervoso simpático através do nervo vago (CRESWELL e LINDAY, 2014).

## 2.4 *MINDFULNESS* COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NO BRASIL: A MULTIDISCIPLINARIDADE A SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Quando se faz uma análise, mesmo que de forma incipiente, o histórico do desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a situação em que se encontram os profissionais que atuam para efetivá-las, percebe-se a necessidade de uma quebra de paradigma da Saúde em relação ao modelo biomédico tradicional.

A ampliação da oferta terapêutica e mudança do paradigma de cuidado para avanços e fortalecimento da promoção da saúde tem se mostrado cada vez mais necessária, sob pena de um total colapso do atual sistema. Sendo assim, refletirmos sobre o desenvolvimento e acesso a outras possibilidades terapêuticas, quando se trata de políticas de promoção da saúde da população é totalmente necessário. Os profissionais da saúde, enquanto cuidadores, também necessitam do acesso aos cuidados para preservação e manutenção de sua saúde física e mental, objeto principal de investigação do presente trabalho.

No Brasil, a legitimação e institucionalização das práticas complementares tiveram início na década de 1980.

Em 1985 foi celebrado o primeiro ato de institucionalização da Homeopatia na rede pública de saúde, e desta data até a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), muitos atos foram registrados. Barros e Simoni (2007) consideram que um marco nesse processo foi a produção do diagnóstico nacional da oferta de práticas complementares no SUS e a criação de grupos de trabalho multi-institucionais para tratar da Homeopatia, Medicina

Tradicional Chinesa - Acupuntura, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Posteriormente, com a Portaria n. 971 de 3 de maio de 2006, se dispôs sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS), momento em que se dava a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia municipal, promovidos pelo SUS.

Após a implantação destas primeiras práticas, outras foram ao longo dos anos sendo inseridas, passando a fazer parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). O Brasil conta atualmente com 29 práticas integrativas pelo SUS, sendo considerado o país líder na oferta dessa modalidade na atenção básica ([www.conasems.org.br/2018](http://www.conasems.org.br/2018)).

As referidas práticas são: ayurveda, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, medicina Antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, biodança, dança circular, **meditação**, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, Reiki, Shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia, yoga, apiterapia, aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos (Reik), Terapia de Florais e Ozonioterapia.

Os objetivos da PNPIC para o SUS foram enfatizados por Barros e Simoni (2007):

- (I) prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- (II) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- (III) a promoção e racionalização das ações de saúde;
- (IV) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

No que diz respeito às diretrizes da PNPIC, foram nomeadas 11 principais Barros e Simoni (2006), com o fim de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das práticas complementares no SUS, quais sejam:

1. estruturação e fortalecimento da atenção;
2. desenvolvimento de qualificação para profissionais;

3. divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários;
4. estímulo às ações intersetoriais;
5. fortalecimento da participação social;
6. acesso a medicamentos;
7. acesso a insumos;
8. incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança;
9. desenvolvimento de acompanhamento e avaliação;
10. cooperação nacional e internacional;
11. monitoramento da qualidade.

Inúmeros estudos até o momento realizados apontam que as práticas integrativas e complementares (PIC), podem ser recursos úteis na promoção da saúde, especialmente por estabelecerem uma nova compreensão do processo saúde-doença, de caráter mais integralizador. Segundo Lima, Silva e Tesser (2014), a PIC possui grande relação com a Política Nacional de Promoção de Saúde, considerando que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, idéias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Ainda neste mesmo artigo que analisou a experiência da PIC em um serviço municipal de saúde de Belo Horizonte, M.G., pode-se perceber que havia uma grande e crescente demanda por parte da população por este tipo de atendimento, e que tais demandas, no parecer dos autores, podem representar avanços no movimento cultural que inclui essas práticas para além de uma forma de tratar o adoecimento, podendo serem buscadas “espontaneamente” pela população, como um direito de cidadania. Tal ocorrência pode sinalizar um avanço na superação da biomedicina ao indicar que há mudanças na representação cultural e simbólica das práticas de saúde que admitem novas formas de tratamento que não as medidas medicamentosas e cirúrgicas, típicas da racionalidade médica ocidental contemporânea.

Embora a normatização da PNPIC em nosso país date de 2006, podemos perceber a necessidade de maiores estudos para investigação dos resultados de sua prática bem como o desafio de ampliação da inserção das mesmas junto à rede de saúde, bem como maior divulgação junto à população.

Observa-se que as práticas integrativas ampliam as possibilidades de tratamentos, e possibilitam melhores cuidados para as pessoas que precisam de cuidados, ao mesmo tempo em que viabilizam outras possibilidades para que os próprios profissionais cuidem de si mesmos, se percebendo como uma totalidade, como um ser integral e pleno, e nesse sentido, como um ser que também precisa de cuidados.

Retoma-se aqui o mito arquetípico de Quíron, considerado alhures, para reforçar a importância do cuidado do cuidador e para afirmar que a utilização das práticas de *mindfulness*, podem possibilitar uma melhor percepção do aqui e agora, de nós mesmos, proporcionando autoconhecimento, fundamental à realização do processo de individuação, o acesso ao self, que consiste em despirmo-nos de nossas personas a fim de experimentarmos o nosso ser essencial, quem de fato somos, o que é importante no processo de cura.

Para Jung, “individuação significa tornar-se um ser único, na medida em que por ‘individualidade’ entendermos nossa singularidade mais íntima, última e incomparável, significando também que *nos tornamos o nosso próprio si-mesmo*” (JUNG, 2015, p. 63).

Para Jung, “a meta da individuação não é outra senão a de despojar o si-mesmo dos invólucros falsos da persona, assim como do poder sugestivo das imagens primordiais” (JUNG, 2015, p. 64).

Na medida em que o profissional da saúde veste de tal forma sua persona de curador, julgando-se acima da doença, acima da dor, acima do sofrimento, isto certamente poderá lhe ocasionar problemas na dimensão física e emocional, pois é necessário que, assim como Quíron, cada profissional da saúde se conheça e assim tome ciência de suas vulnerabilidades.

Esta é uma condição importante para que o profissional da saúde aprenda a lidar com seus limites, com suas feridas, com suas vulnerabilidades, e na medida em que aprende a lidar com tais fraquezas, terá mais condição de ajudar os que estão sofrendo.

A meditação na forma como é desenvolvida na prática de *mindfulness* possibilita despirmo-nos de nossas personas a fim de nos vermos diante de quem de fato somos, nosso self, e este já é um passo enorme no processo de cura.

O arquétipo de Quíron novamente se coloca. Ainda que este tenha tentado todas as possibilidades de tratamento com vistas à sua cura, no entanto, não a alcançou, e precisou aprender a conviver com sua chaga até que veio a sucumbir à morte.

De igual forma o profissional da saúde que se dedica ao cuidado dos outros, buscando sua cura e alívio para suas dores, despende enorme energia na realização da sua tarefa, tendo que aprender a conviver com suas dores, às vezes de natureza física, às vezes de natureza emocional.

Essa realidade nunca se fez tão real e dramática como em meio à atual pandemia. Profissionais da saúde estão sendo forçados a desafiar os seus limites e vulnerabilidades ao extremo, como anteriormente analisado.



### 3 METODOLOGIA

Visando compreender o impacto que a prática de *mindfulness* possibilita em profissionais da saúde na redução de estresse/ansiedade, a escolha metodológica foi por um estudo clínico-qualitativo, descritivo-exploratório. Caracteriza-se como qualitativo quanto à forma, pois busca o entendimento, levando em consideração a natureza social e cultural mediante descrições e observações, sem considerar seus aspectos numéricos, mas sim com uma análise compreensiva de como se dará o fenômeno. Segundo Minayo (2014) o método qualitativo é utilizado quando uma pesquisa trabalha com a subjetividade, percepções, valores e crenças que orientam as ações humanas. Nesse método, o que interessa é a natureza das respostas, dos sentimentos, das opiniões, das crenças, na tentativa de compreender o que as pessoas sentem, pensam, opinam e valorizam. Quanto à forma, ainda caracteriza-se como descritiva, pois visa observar, registrar e descrever as características do fenômeno sendo exploratória pois quanto aos objetivos buscará subsídios, não apenas para determinar a relação existente, mas também compreender o tipo de relação quanto aos resultados (FONTELLES, 2009).

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Electro Bonini, situado na Marginal da Avenida Leão XIII, 1000 – Ribeirânia, na cidade de Ribeirão Preto – S. Paulo. Inaugurado em março de 2003 o Hospital Electro Bonini, é um hospital secundário geral inserido no Distrito Leste do município de Ribeirão Preto, que atende 44 bairros dessa região com aproximadamente 160 mil habitantes. Integrado ao SUS – Sistema único de Saúde, possui ambulatório de especialidades que atende em 28 áreas, desde clínica médica à saúde mental e psiquiatria. No serviço de cirurgia, são nove especialidades: Cirurgia geral, Ginecologia, Obstetrícia Cirúrgica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Proctologia, Vascular e Urologia. No ensino, o HEB funciona como campo prático, de aprendizagem e estágios especialmente do curso de Medicina, Ciências Farmacêuticas, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia

Psicologia e Serviço Social, além do programa de Residência Médica. O hospital também se mantém vinculado a projetos de pesquisa em nível de iniciação científica, mestrado e doutorado.

### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra utilizada nesta pesquisa foi composta por seis profissionais da saúde, sendo três enfermeiras e três auxiliares de enfermagem, todas do sexo feminino, com idades entre trinta e dois a quarenta e oito anos. As participantes não tinham conhecimento e nunca haviam participado de treino em *mindfulness*.

#### 3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos profissionais com formação técnica e ou superior na área da Saúde e que atuam há pelo menos um ano na área, com idade superior a 18 anos e sem limite máximo, para ambos os sexos.

#### 3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as pessoas que não tinham formação técnica e ou superior na área da Saúde e com idade inferior a 18 anos, que não possuíam tempo mínimo de um ano de atuação na área.

### 3.3 RISCOS E BENEFÍCIOS

#### 3.3.1 Riscos

Os riscos são mínimos, uma vez que estão relacionados à possibilidade de vazamento dos dados coletados e exposição das participantes, porém as informações serão mantidas em total sigilo conforme esclarecido no Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido assinados pela pesquisadora do projeto.

### 3.3.2 Benefícios

Os benefícios apresentados por esta pesquisa estão relacionados às instruções e orientação da prática de *mindfulness* às *participantes*, podendo proporcionar melhora e atenuação de sintomas relativos à ansiedade/stress, obtendo melhorias em seu estado geral com consequentes benefícios em sua prática laboral e relacional.

## 3.4 COLETA DE DADOS

### 3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

- a) Roteiro de Entrevista semiestruturada, constante de duas partes (Apêndice A).
  1. Parte 1: informações sobre dados sociodemográficos.
  2. Parte 2: informações sobre o estado geral e sobre o que esperavam obter de sua participação aos encontros.
  
- b) Transcrição das Experiências relatadas após as práticas de *Mindfulness*.

### 3.4.2 Procedimento de Coleta de dados

Inicialmente foi encaminhada solicitação de autorização para divulgação e início dos encontros a serem realizados junto aos colaboradores do Hospital ao diretor clínico, sendo autorizado pelo mesmo (Apêndice B).

Foi encaminhada também solicitação de autorização junto à coordenadora de Enfermagem (Apêndice C), sendo que em ambas solicitações foi salientado que todas as medidas recomendadas pelo Ministério de saúde em face da pandemia decorrente da Covid-19 seriam adotadas.

Após a autorização, foi marcado horário com a coordenadora de Enfermagem para ajustamento dos detalhes do local e da melhor forma de divulgação junto aos

colaboradores para realização dos encontros, e ficou definido restringir a participação aos profissionais somente do setor de enfermagem. A proposta inicial da presente pesquisa seria a realização de cinco encontros, entretanto, em virtude da situação de pandemia mundial em decorrência da Covid-19, foi realizado um acordo entre a responsável pelo projeto e a coordenadora de enfermagem de que o número de encontros seria reduzido e que ocorreriam logo após o expediente de trabalho das profissionais. Cumpre salientar que, desde o início do projeto de pesquisa, não era objetivo da mesma a aplicação do protocolo de oito semanas nas bases do proposto por Kabat- Zinn (2019), mas sim a realização de encontros nos quais, a princípio se pudesse observar o impacto que a prática de meditação *mindfulness* exerceria na diminuição de estresse/ansiedade junto aos profissionais de saúde. Tal adaptação se justifica, pois como Demarzo e Garcia-Campayo (2016) asseveram com relação à introdução das práticas de *mindfulness* junto à atenção primária nos sistemas de saúde, há a possibilidade das intervenções baseadas em *mindfulness* serem adaptadas para práticas mais breves em sua aplicação.

Foi realizada a divulgação por meio de cartazes (Apêndice D) e deixada uma lista de interesse com a própria coordenadora de enfermagem, sendo que dez pessoas manifestaram interesse em participar. Foram feitos contatos via whatsapp com cada colaborador, confirmando datas e o horário dos encontros, sendo que, ao final, compareceram seis colaboradores, tendo em vista a dificuldade de conciliação de agendas, que de certa forma ficou mais difícil em razão da pandemia, pois alguns profissionais inclusive trabalham em outros hospitais, e não foi possível por parte do hospital liberá-los para realização dos encontros dentro de seu horário de trabalho.

Os encontros ocorreram nas datas de 15, 22 e 29 de setembro de 2020, sendo os primeiros 15 minutos dedicados a explicar a proposta do dia, com explanação da prática a ser desenvolvida e ao final, um momento para a troca de experiências vivenciadas por cada participante. A seguir segue a descrição dos encontros.

#### **3.4.2.1 Primeiro encontro - 15 de setembro de 2020**

Foi iniciado com a apresentação pessoal da pesquisadora e com a apresentação das participantes. Em seguida discorreu-se a respeito da proposta, mencionando a meditação como uma das modalidades integrantes das Políticas públicas de práticas integrativas e complementares de saúde. Passou-se à explicação introdutória sobre as práticas de *mindfulness*, desenvolvendo alguns conceitos trazidos por autores e brevemente discorreu-se a respeito de suas bases provenientes da meditação.

Foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e o roteiro com a entrevista semiestruturada e dados sociodemográficos. Após a aplicação dos mesmos, foram estabelecidos os acordos inerentes ao grupo.

Iniciou-se à instrução da prática do dia, qual seja, o exercício de prestar atenção ao momento presente, usando como âncora a respiração. As participantes foram instruídas quanto à postura que poderiam desenvolver com relação aos pensamentos flutuantes, trazendo a atenção novamente à respiração. Neste encontro discorreu-se também a respeito do modo de funcionamento do “piloto automático” (maneira de agir e de pensar, confiando em categorias previamente estabelecidas que levam a olhar e interpretar o mundo a partir de uma única visão (LANGER, apud VANDERBERG e ASSUNÇÃO, 2009). Seria a repetição de comportamentos em determinadas situações nas quais não se coloca a atenção no aqui e agora, e sim baseados naquilo que está previamente condicionado. Esse modo de funcionar pode impedir a pessoa de enxergar com clareza, de resolver problemas com criatividade e de expressar as emoções com eficiência (KABAT-ZINN, 2019). Ao final da prática pediu-se para que cada participante compartilhasse como havia sido a experiência.

#### **3.4.2.2. Segundo encontro – 22 de setembro de 2020**

Inicialmente foi perguntado sobre o desenvolvimento da prática de prestar atenção no momento presente, usando como âncora a respiração, ao longo da semana. Em seguida discorreu-se sobre a importância do desenvolvimento da consciência corporal. Foi explicado o que é prática formal e informal de *mindfulness* e passou-se à instrução do escaneamento corporal. Ao final deste encontro foi

salientado a importância do desenvolvimento das práticas já instruídas ao longo da semana.

### **3.4.2.3. Terceiro encontro – 29 de setembro de 2020.**

Neste último encontro foi reforçado os conceitos desenvolvidos a respeito do que são as práticas de *mindfulness*, ressaltando que não se resume apenas a uma prática meditativa ou exercícios de relaxamentos, mas sim práticas que possam gerar além de relaxamento físico, relaxamento cognitivo, acalmando o discurso interno ou turbilhão de pensamentos, auto regulação da atenção no momento presente, bem como uma postura sem julgamentos, de forma gentil e amorosa (STUBING, 2015).

Foi instruída a prática de aceitação radical, acolhendo com uma postura compassiva e sem julgamento o estado presente, com relação aos pensamentos e como cada uma estava se sentindo no presente momento. Desenvolveu-se também, a prática de “loving Kindness. (meditação da bondade amorosa. Processo de descortinar em nós profundos sentimentos de empatia, compaixão e amor pelos outros, podendo trazer efeitos purificadores sobre a mente e coração (KABAT-ZINN, 2019b pg.269).

Em seguida passou-se para o momento de compartilhamento por parte de cada participante, pedindo que relatassem suas experiências com as práticas instruídas. Este momento do encontro foi gravado e as experiências relatadas foram posteriormente transcritas e analisadas pela pesquisadora.

## **3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

A pesquisa encontra-se de acordo com os aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e atende, portanto, as diretrizes que regulamentam a pesquisa em seres humanos (ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO).

A abordagem dos sujeitos e amostras que foram coletadas para desenvolvimento da pesquisa está pautada nas normas contidas na Resolução

196/96 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido aos participantes informações, em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem como informados sobre o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

A pesquisa só foi realizada mediante assinatura da Carta de Anuência pelo Diretor Clínico do Hospital Electro Bonini e conforme aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

### **3.5.1 Autorização dos Sujeitos (TCLE)**

Para formalização da aceitação voluntária em participar da pesquisa foi apresentada às participantes no primeiro encontro, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido e devidamente assinado pelas mesmas (TCLE), (Apêndice V).

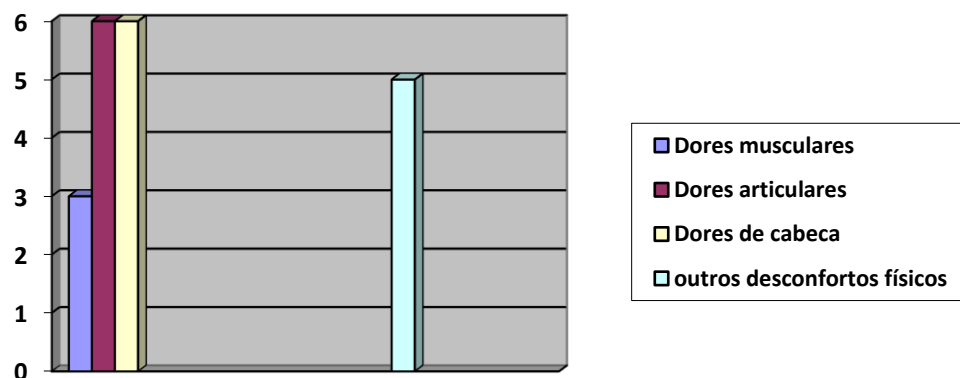
### **3.6 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA**

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa. A situação pontuada não ocorreu, permitindo portanto a realização de todas as etapas deste estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

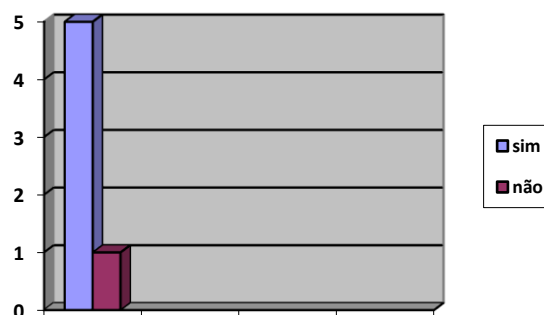
Abaixo apresenta-se as tabelas representando as respostas das profissionais participantes às questões norteadoras apresentada no primeiro encontro, (APÊNDICE I) contemplando sua percepção da condição física, sua motivação com o trabalho e suas relações interpessoais.

**Tabela 01 Percepção da condição Física**



Como observado na tabela 01, com relação à percepção da condição física, a totalidade das participantes relataram dores de cabeça e articulares. Três participantes relataram a presença de dores musculares e cinco delas outros tipos de desconfortos físicos, sintomas que podem estar relacionados ao estresse laboral.

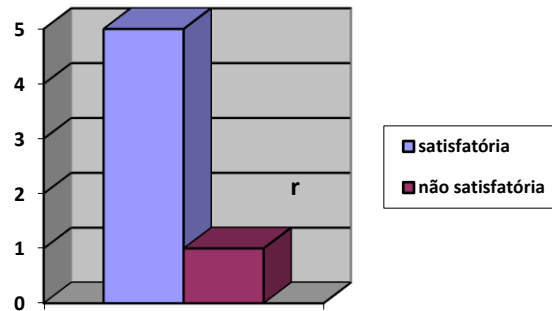
**Tabela 02 Motivação com o trabalho**





Observa-se pela tabela 02, que quase todas as participantes relatam que estão motivadas com seu trabalho e apenas uma insatisfeita.

**Tabela 03 Relações interpessoais**



Na tabela 03 que apresenta a percepção das participantes quanto às relações interpessoais, pôde-se observar que cinco participantes relatam serem satisfatórias e apenas uma relata insatisfação quanto a suas relações interpessoais.

#### 4.1 ANÁLISE DO CONTEÚDO: LAURENCE BARDIN

Em conformidade com a metodologia proposta para este trabalho, todas as considerações realizadas pelas profissionais da saúde no último encontro, foram gravadas e posteriormente transcritas. Todo conteúdo coletado foi analisado qualitativamente através do método de Análise de Conteúdo de L. Bardin (2011), que trata-se de um instrumento norteador de uma análise interpretativa, utilizada para compreensão crítica do conteúdo das falas.

A análise de conteúdo segundo a perspectiva de Bardin (2011), permite que o pesquisador busque compreender as características, modelos ou estruturas que estão por trás dos fragmentos das mensagens tomados em consideração.

A análise de conteúdo é constituída por três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos - inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A *primeira fase* é chamada de **pré-análise**, e pode ser identificada como uma fase de organização envolvendo a leitura “*flutuante*”, em que acontecerá o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação de hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que irão orientar a interpretação e a preparação formal do material (CÂMARA, 2013).

Durante esta fase ocorreu o primeiro contato com o material obtido e que foi submetido à análise. As informações foram organizadas de forma a identificar os indicadores que fizeram a orientação para interpretação e preparação formal do material.

Nessa etapa, foi necessário realizar uma leitura linear, repetida e exaustiva dos textos organizados, através de uma leitura horizontal e repetida dos textos, em seguida, foram realizadas as anotações, identificando a semelhança entre as palavras que foram utilizadas durante o processo de coleta das respostas.

A *segunda fase* é a **exploração do material**, inicia-se com a transcrição das experiências relatadas no terceiro encontro da entrevista semiestruturada respondida no primeiro encontro. que constituiu o corpo desta pesquisa.

Durante a execução desta fase é importante obedecer às regras de *exaustividade* devendo-se utilizar a totalidade da comunicação sem omitir nenhum dado; *representatividade* do universo da amostra; *homogeneidade* em que os dados devem referir-se ao mesmo tema e serem obtidos por técnicas iguais colhidos de indivíduos semelhantes; *pertinência* os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa e *exclusividade* os elementos não devem ser classificados em mais de uma categoria (CÂMARA, 2013).

Nesta fase, com relação à análise da transcrição das experiências relatadas pelas profissionais, ocorreu a busca por verbos semelhantes, frases significativas com termos e sentidos que se repetiam, buscando compreender a percepção das mesmas diante das práticas instruídas buscando assim as subcategorias analisadas.

A análise de conteúdo, de acordo com a perspectiva de Bardin (2011), consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em diversos discursos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte.

Bardin (2011) sugere que a partir do procedimento de análise do conteúdo, o material obtido seja codificado produzindo um sistema de categorias, cujo objetivo é fornecer por condensações uma representação simplificada dos dados brutos, ou seja uma classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente estabelecidos.

Esta fase de ordenação e tratamento dos resultados demanda dedicação na análise de todo o material obtido que é considerado o ponto de partida e o ponto de chegada para compreensão, interpretação e explicação dos resultados, nesta etapa busca-se as riquezas do particular e do geral a fim de obter uma transformação do senso comum e do conhecimento teórico e científico acerca do tema abordado.

A categoria geral da análise observada na pesquisa foi: “Impacto da prática de *mindfulness* em profissionais da saúde”.

Após a identificação da categoria geral, inicia-se a interpretação com base na integralidade das subcategorias obtidas por meio da leitura atenta das transcrição das falas das participantes, justificadas por meio dos conceitos bibliográficos existentes na literatura acerca do tema.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Para que a identidade das participantes, fosse preservada conforme atestado no TCLE, atribuiu-se letras do alfabeto grego para identificação das profissionais da saúde participantes desta pesquisa.

Participantes	Idade	Formação Profissional	Carga horária semanal
ALFA	48	Enfermeira	36hs
BETA	32	Enfermeira	36hs
GAMA	38	Enfermeira	36hs
DELTA	39	Aux. de Enfermagem	30hs
TETA	40	Aux.de Enfermagem	12hs
ÔMEGA	35	Aux. de Enfermagem	36hs

**Quadro 1** - Fonte: autoria própria. Dados resultantes com os profissionais (2020).

### 4.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO: CATEGORIAS

#### 4.3.1 Categoria Geral

Procedeu-se a análise das experiências relatadas pelas profissionais de saúde no último encontro, que foram gravadas e posteriormente transcritas. Fizemos o recorte por unidades de registro de cada parágrafo, identificando inicialmente a categoria geral que denominamos de “Impacto da meditação *mindfulness* em profissionais de saúde” .

A participante Ômega não pôde comparecer ao último encontro, motivo pelo qual não será considerada. Analisamos cada parágrafo das transcrições, agrupando-os e fazendo a divisão por subcategorias, que foram as seguintes:

#### 4.3.2 Subcategorias

##### 4.3.2.1 Autocuidado/qualidade de vida

Os profissionais da saúde e especificamente os profissionais da enfermagem tem como atividade o cuidar do outro e auxiliá-los na prática do autocuidado, que pela contingência do adoecimento pode estar limitada ou até mesmo incapacitada. Assim, é de grande importância que os profissionais estejam sensíveis a esta necessidade inclusive com relação a eles mesmos, pois só assim podem desenvolvê-la de forma mais satisfatória.

É importante considerar o paradigma da simultaneidade, que tem como pressuposto que o todo é maior que a soma de suas partes, e cada parte representa o todo, sendo que o ser humano é um ser aberto, mais do que é diferente da soma das partes, que transforma e é transformado pelo ambiente (SILVA et al.,2009).

É sabido que a enfermagem, como as demais profissões que lidam com o cuidar, incorre em desgaste físico-emocional-mental, resultando muitas vezes em prejuízo na capacidade para cuidar dos pacientes. O conceito de autocuidado é dar atenção a si mesmo com o objetivo de desenvolvimento humano sob a tese de que, para ajudar os outros, é preciso primeiro cuidar de si próprio.

Segundo a Teoria da tese do autocuidado, desenvolvida por Elisabeth Orem, e que em muito norteia o trabalho da enfermagem, “*quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento*”.(SILVA et al, 2009). Cabe aos profissionais de enfermagem a estimulação desta prática aqueles que estão sob seus cuidados em situação de adoecimento. Entende-se que a capacitação para a efetiva educação e exercício desta função passa pela conscientização destes profissionais no que diz respeito a eles mesmos. Portanto os profissionais de enfermagem, tanto quanto os pacientes, demandam necessidades de apoio e suporte (SILVA, GUERRA, PESSINI, 2014).

O cuidado para atingir suas dimensões na relação enfermeiro e paciente, necessita ser bidirecional, compreendendo que a falta de autocuidado profissional torna mais suscetível as falhas no cuidado com o outro, podendo inclusive incorrer em erros irreversíveis. Como observam Cruz, Carvalho e Silva (2016, p. 104) “[...] pode-se concluir que este cuidado deve ser bidirecional entre enfermeiro-paciente, atingindo assim as dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual de ambos.”

O autocuidado implica primeiramente a capacidade de olhar para as necessidades mais básicas, como comer bem, praticar atividade física, ter um tempo para relaxar e um bom sono, ter um tempo de qualidade com a família e descobrir até um hobby. O desenvolvimento de tais atitudes são possíveis por parte do profissional, buscando desenvolver uma pausa que propicie o mínimo de atenção para que isso possa ser buscado, melhorando assim a saúde e a qualidade de vida.

Quando os profissionais estão bem, conseguem desenvolver sua missão com mais tranquilidade, sem tanto estresse (SILVA, GUERRA e PESSINI, 2014).

A compreensão desta relação está presente no conteúdo das falas transcritas a seguir:

[...] eu comecei com várias alternativas, eu pensei; eu vou me ajudar de todas as formas (Alfa 48anos).

[...] hoje eu já consigo falar um pouco mais né, eu consigo responder um pouco mais, porque eu vi que isso (ficar calada), só me prejudicava, então vi a necessidade em mim de procurar fazer, sempre evitando o adoecimento futuro (Gama 38 anos).

[...] acho que foi muito importante para mim, entender o porquê de fazer isso, o que isso vai me ajudar (Beta 32 anos).

[...] porque a gente vai absorvendo e chega uma hora que a gente não aguenta é isso que me complica mesmo, agora eu preciso assim, de usar todas as técnicas para eu poder relaxar...(Delta 39 anos).

[...] é interessante porque uma hora a gente desperta pra ver que a conclusão de tudo está na nossa mão, não tem como, eu sempre tento, o máximo que eu consigo, tipo se eu estou com algum problema eu desfoco nele e depois procuro relaxar....(Teta 40 anos).

Diante das falas das participantes, pode-se perceber que a preocupação com o autocuidado já ocupa um lugar importante e necessário. Há nitidamente a percepção da necessidade de buscarem recursos para que elas mesmas, cuidem e preservem tanto a saúde física, como bem estar emocional que em algumas falas já demonstram os prejuízos com a sobrecarga decorrente do trabalho e de outros desafios inerentes ao viver. Nas falas de Gama, Beta e Delta, percebe-se a importância da pausa e de um espaço de elaboração e reflexão no sentido de perceberem seus limites e a necessidade de buscarem recursos para o “cuidar-se”.

#### **4.3.2.2 Estresse/Sintomas**

A presença do estresse no contexto do trabalho bem como no cotidiano das pessoas é uma constante, o mesmo atua em diversos níveis; fisiológico, psicológico e social (KABAT-ZIN 2019b). O estresse é uma resposta do organismo que se bem administrado pode funcionar como um estímulo, entretanto quando as respostas aos

agentes estressores se apresentam de forma desadaptativa podem levar ao esgotamento e a patologia nos níveis anteriormente mencionados.

Dependendo das características de personalidade de cada um, há pessoas que vivem em constante estado de tensão, rivalidade e competição. Quando tais posicionamentos não são devidamente elaborados ou bloqueados, a repetição desta condição pode originar um desequilíbrio neurovegetativo, desencadeando inúmeras doenças como hipertensão arterial, enxaqueca, hipertireoidismo, doenças cardiovasculares etc. (SILVA, 2006).

No conteúdo das falas de todas as participantes, seja nas compartilhadas no último encontro bem como nas respostas obtidas no primeiro encontro, a presença de sintomas e mesmo patologias já tratadas ou ainda em tratamento são patentes, seja o relato de crises eventuais de enxaqueca até a ocorrência de alopecia que na fala de Gama, foi desencadeada por crises recorrentes de ansiedade, como verifica-se a seguir:

[...] tenho tido algumas tensões, o remedinho esta na bolsa, mas não precisei tomar ( Alfa 48 anos).

[...] como comentei na semana passada, quando tive alopecia por questão de ansiedade, foi por conta disso mesmo, de ir absorvendo tudo e não conseguir falar (Gama 38 anos).

[...] eu sou de absorver muito as coisas das outras pessoas, e isso me faz mal...aí o que aconteceu, eu tive uma dor de cabeça horrível, tive que tomar medicamento, então assim, é muita coisa, e eu não consigo desligar (Delta 39 anos).

[...] porque se eu não fizer assim vira um tumulto na minha cabeça, aí eu não consigo fazer mais nada (Teta 40 anos).

Os profissionais da Saúde como já considerado anteriormente e, no caso, profissionais da área da enfermagem enfrentam inúmeros fatores de estresse que se relacionam também à profissão decorrentes muitas vezes da longa jornada de trabalho, atuação em meio a dor, perda e sofrimento e outros fatores que expressam

a sua vulnerabilidade no desenvolvimento de determinados problemas de saúde (BORDIGNON; MONTEIRO,2018).

A importância do trabalho na vida das pessoas vai muito além da perspectiva do sustento material. Além desta primeira função, traz em si significados maiores de pertencimento e propósito de vida, entretanto seus desequilíbrios em termos de carga horária, condições inóspitas e precárias bem como disfuncionalidade nas relações podem ocasionar patologias e serem causas de pressões e aumento de estresse.

#### **4.3.2.3 Familiares**

A semelhança do mundo do trabalho, as relações familiares exercem papéis importantíssimos no sentido de pertencimento. Conforme afirma (KABAT-ZIN 2019b, p. 352) “as relações familiares amorosas e solidárias, boas amizades e a participação em grupos que apreciamos são exemplos de recursos externos que podem ajudar a amenizar as situações de estresse”. Entretanto a semelhança do mundo do trabalho, dependendo das condições do sistema familiar e tipos de relações que se desenvolvem podem representar causas importantes, contribuindo assim para o aumento de tensões e sobrecarga aos indivíduos.

Os depoimentos a seguir, mostram em seu conteúdo, que nas relações familiares, conforme menciona KABAT-ZINN, 2019b, p.534, “aqueles que causam grande estresse podem ser os mesmos que amamos profundamente”.

[...] a gente cuida muito dos outros e não é só no trabalho, mas também tem a família, a gente acaba absorvendo muita coisa e aquilo vai ficando (Alfa 48anos).

[...] no meu caso, eu tinha uma idéia, por conta da minha família, ainda mais pelo F. (marido), que faz a técnica....e aí que eu consegui fazer, porque antes o F. me falava : deita aí que a gente vai fazer, simplesmente, e aí quando eu começava, me dava crise de riso, eu começava a rir (Beta 32 anos).

[...] lá em casa você vê, meu marido vai ter que fazer tratamento, já teve pânico..meu marido teve que ir no psiquiatra, mas não aceita passar no psicólogo (Delta 39 anos).



[...] e eu até fico brava com minha mãe, por que ela é assim, às vezes por cair uma caneta no chão, ela faz uma tempestade num copo d'água, ela não quer nem que eu tenha contato com as minhas primas, e ela “fala eu não gosto nem do cachorro daquela casa” (Teta).

O relacionamento e interação entre os indivíduos e o mundo, no caso com os familiares, pode desencadear experiências enriquecedoras ou estressantes dependendo da percepção que desenvolvemos e da forma como lidamos com os pensamentos, sentimentos e comportamentos provenientes destas relações, situações estas que podem oferecer infinitas oportunidades para a prática de *mindfulness* (KABAT-ZINN, 2019b).

#### **4.3.2.4 Necessidade de aprofundamento e continuidade da prática de *mindfulness***

Como mencionado anteriormente com as devidas justificativas, a coleta de dados anteriormente projetada para cinco encontros foi reduzida e adaptada para três encontros. Observou-se que desde o primeiro encontro o engajamento das participantes e por fim, a necessidade expressa, principalmente no último encontro, de um tempo maior para desenvolvimento das práticas bem como do trabalho referente à psicoeducação com relação ao tema meditação *mindfulness*.

Pôde-se observar, portanto, algumas dificuldades de implementação das práticas de *mindfulness* junto aos profissionais da saúde e mesmo nos serviços de atenção primária. Com certeza, o contexto da pandemia decorrente da Covid-19 foi o principal obstáculo para se desenvolver a presente pesquisa com um maior número de participantes e um número maior de encontros, entretanto, outros fatores incidem como dificultadores para uma melhor aplicação de *mindfulness*, como a limitação de tempo disponível por parte dos profissionais da saúde, tendo em vista as inúmeras demandas presentes nos serviços de saúde, e a conscientização dos gestores e administradores sobre a importância da melhoria da qualidade de vida dos profissionais da saúde. (MARTÍ, CAMPAYO e DEMARZO, 2014).

Conforme considera Gherardi-Donato et al (2019, s/p):

Os limites para a utilização de intervenções baseadas em *mindfulness* vão desde a complexidade do delineamento de pesquisa que contemple a complexidade das intervenções, passando pelas particularidades individuais de cada profissional até as barreiras do próprio sistema de saúde.

Apesar das dificuldades mencionadas, o discurso presente nesta subcategoria pelas participantes demonstra o movimento necessário por parte das pessoas em assumir ativamente o cuidado com a própria saúde, colocando-se receptivas a aprender mais e mais recursos e práticas para mantê-las e aperfeiçoá-las, visando a uma medicina integrativa e participativa (KABAT-ZINN, 2017), o que se verifica no conteúdo dos discursos que se seguem.

[...] minha filha colocou um aplicativo para me ajudar a relaxar.  
[...] eu sei que vou melhorar mais ainda (Alfa, 48 anos).

[...] eu gostei muito e tenho vontade mesmo de me aprofundar.[...] então eu gostei muito deste trabalho e sinto necessidade em me aprofundar sim (Gama, 38 anos).

[...] eu percebi que melhorou muito, pois foi uma base muito boa, mas sei que é um treinamento que tem que continuar, acho que é uma coisa que a gente consegue um por cento na primeira vez, aí na próxima mais cinco por cento, depois um pouquinho mais (Beta, 32 anos).

[...] Prá mim, eu acho que precisaria de mais treinamento [...] mas mesmo assim, foi excelente prá gente, eu não tinha conhecimento (Delta, 39 anos).

A receptividade e engajamento das participantes no desenvolvimento das práticas foi muito satisfatória e pôde –se perceber por seus discursos a necessidade de um tempo maior de aplicação e aprofundamento das práticas de *mindfulness*.

Embora a intervenção tenha sido de apenas três encontros, em todas as falas é mencionado a percepção dos efeitos positivos da prática.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde, no exercício de seu ofício, buscam levar alívio àqueles que estão sob seus cuidados, seja curando-os, seja mitigando seu sofrimento. Ao mesmo tempo eles também vivem as tensões inerentes à sua profissão, podendo também vir a adoecer, seja física ou emocionalmente.

Este estudo teve como objetivo compreender o impacto da aplicação da prática de *mindfulness* em profissionais da saúde para a redução de estresse e ansiedade.

As políticas públicas de saúde no Brasil possuem diversos aspectos positivos, como por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde, mas ao mesmo tempo apresenta inúmeras deficiências, tendo dificuldade em atender a ampla demanda de pacientes com uma eficiente prestação de serviço. Tal se deve a questões de gestão, envolvendo planejamento, execução e fiscalização, que repercute em problemas estruturais como falta de locais adequados para atendimento dos pacientes, carência de equipamentos e número insuficiente de profissionais. Isto faz com que o profissional da área da saúde tenha que atender a um número enorme de pacientes durante o seu turno de trabalho, muitas vezes sem as condições adequadas, o que se torna um fator gerador de constantes tensões, ocasionando estresse e ansiedade.

Como se não bastassem estas tensões que permeiam o cotidiano dos profissionais da saúde, eis que surge no decorrer desta pesquisa mais um fator extremamente inusitado e desafiador, a pandemia mundial decorrente da Covid-19, que tem acentuado ainda mais a realidade estressante pelo qual passam os profissionais da Saúde.

Esta realidade impõe que medidas sejam adotadas pelo SUS bem como pelo Sistema de Saúde Complementar com vistas a cuidar da saúde dos profissionais da saúde, de sorte que possam exercer sua profissão com qualidade de vida. Tal implica, portanto, em políticas públicas de saúde que contemplem o cuidado para com os cuidadores.

Como considerado e discutido nesta pesquisa, a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil pelo Sistema Único de Saúde surgem como

instrumentos que possibilitam uma flexibilização do paradigma de Saúde embasado no modelo biomédico tradicional, ampliando a oferta terapêutica, buscando também o fortalecimento da promoção de saúde, chamando e despertando aqueles que necessitam de cuidados a um maior envolvimento responsável, sejam usuários, gestores e profissionais de saúde, possibilitando a percepção de uma visão mais integral e plena do autocuidado e do cuidar.

Observou-se que a Meditação já consta do rol de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, entretanto, não consta ainda deste rol práticas de *Mindfulness*.

Ao analisar as origens e bases da prática de *mindfulness* pôde-se observar pela visão de inúmeros autores aqui mencionados, que estas se encontram ancoradas nas antigas práticas meditativas, especialmente as orientais. Observou-se contudo, que a inserção das práticas meditativas orientais no ocidente experimentou, no contexto científico, uma adaptação aos cânones da ciência, especialmente em seus matizes ocidentais. Neste sentido *mindfulness* se descola das práticas de espiritualidade ligadas à meditação para focar-se na idéia de atenção plena orientada por práticas experimentadas e atestadas e que propiciam o autoconhecimento, decorrentes da autoconsciência e autoobservação.

O crescimento da inserção de *Mindfulness* no ocidente por pesquisadores e profissionais como Jon Kabat-Zinn e outros, têm demonstrado resultados satisfatórios, inclusive por pesquisas relacionadas à neurociência, o que fortalece cada vez mais sua aproximação com as terapias de base cognitiva.

Estudos e experimentos realizados em vários lugares do mundo, por vários pesquisadores, têm demonstrado a eficácia da prática de *mindfulness* no que se refere à melhoria da saúde mental e física como no alívio da ansiedade, redução do estresse, no tratamento da depressão, redução de dores crônicas, além de outros benefícios.

Pesquisas realizadas no âmbito da neurociência têm também demonstrado uma relação direta entre a prática de *mindfulness* e as regiões neurais específicas como no córtex cingulado anterior, ínsula e no córtex pré-frontal, promovendo melhoria da atenção, da consciência corporal e na regulação das emoções.

Da pesquisa realizada junto às profissionais da área da saúde, conforme relatado neste trabalho, pôde-se comprovar as tensões vivenciadas por elas no exercício de suas funções e a condição de estresse e ansiedade existentes.

Durante os encontros realizados com as profissionais, pôde-se constatar as seguintes queixas: dores de cabeça, enxaqueca, transtornos de ansiedade, estados depressivos decorrentes de luto, medos e inseguranças relacionados aos familiares.

A aplicação junto a elas da prática de *mindfulness*, por sua vez, teve resultados positivos, o que pode ser analisado no conteúdo de seus discursos durante e após a aplicação das práticas. Os encontros realizados além de cumprirem o objetivo do presente estudo de compreender os impactos que a aplicação de *mindfulness* exerceria na redução de ansiedade e estresse destas profissionais, possibilitou um espaço de compartilhamento de suas angústias e tensões inerentes do trabalho e da vida em geral.

Através da análise dos compartilhamentos apresentados nesta pesquisa, foi possível também observar a necessidade de ampliação da divulgação da existência de *mindfulness*, uma vez que nenhuma participante tinha conhecimento de tal prática e considerando que estas participantes são profissionais da saúde, por certo o desconhecimento é ainda maior entre o público em geral.

Tal divulgação contribuiria para um maior acesso das pessoas e dos próprios profissionais da saúde às práticas de *mindfulness*, especialmente neste contexto de pandemia em que o estresse e ansiedade tendem a aumentar, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde entra em colapso em vários lugares em razão da alta demanda de pacientes com Covid-19 e ocorre a falta de aparelhamento do sistema de saúde para fazer frente a esta situação.

A realidade atual que a pandemia mundial nos impõe é forçosamente direcionada para diminuirmos o ritmo e voltarmos nossa atenção para o autocuidado e o cuidado com o outro. O planeta é instado a reduzir a marcha, a pararmos com o “piloto automático” e focarmos nossa atenção no essencial, a preservação e o cuidado com a vida. A ameaça principal que o corona vírus nos impõe é nos roubar o essencial a respiração.

Por todo o exposto, pode-se concluir que *mindfulness* tem muito a contribuir enquanto prática para melhoria e promoção dos estados de saúde, tanto física quanto mental dos profissionais da saúde, o que justifica a inserção desta prática no rol das Práticas Integrativas e Complementares do SUS bem como no sistema de saúde complementar.

A prática de *mindfulness* se coloca, portanto, como valioso instrumento para a promoção da saúde dos profissionais da saúde, seja em caráter preventivo, seja curativo, merecendo, portanto, maior atenção e valorização por parte do sistema de saúde, tendo em vista os benefícios que pode proporcionar para estes cuidadores que têm suas vulnerabilidades e também precisam de cuidados.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes. Uma revisão sobre Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: **UNA-SUS UFPE**, 2015. Disponível em [file:///C:/Users/User/Downloads/2saud socie polit public saud 2016%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2saud%20socie%20polit%20public%20saud%202016%20(4).pdf). Acesso em 10.05.2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2011.

BARROS, Nelson Filice de; SIEGEL, Pâmela; SIMONI, Carmen de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2007, p. 3066-3069. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001200030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200030). Acesso em 27.05.2019.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

\_\_\_\_\_. **Vida para Consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BENSON, Herbert; STARK, Marg. **Medicina Espiritual**. Rio de Janeiro. Editora Campus,1998.

BECK, Aaron T. et. al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. São Paulo: Artmed, 1997.

BECK, Aaron T.; Willem Kuyken. Terapia Cognitiva: abordagem revolucionária. In: ABREU, Cristiano Nabuco de e ROSO, Miréia (Orgs.). **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**, v. II, 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 1991.

BUNFINCH, Thomas. **O livro de Ouro da Mitologia: histórias de deuses e heróis**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

CEBOLLA, Ausiàs. Por que e para que praticar mindfulness? Mecanismos de ação e eficácia. In: MARTÍ, Ausiàs Cebolla I; GARCÍA-CAMPAYO, Javier; DEMARZO, Marcelo. *In: Mindfulness e Ciência*. Da Tradição à modernidade. São Paulo: Palas Athena, 1998.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *In: Revista interinstitucional de Psicologia*, 6[2], jul-dez 2013.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida**. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2007.

CIFRE, Ignasi; SOLER, Joaquim. Mindfulness e Neuroimagem. O cérebro das pessoas que praticam. *In: MARTI, Ausiàs Cebolla; GARCIA-CAMPAYO, Javier; DEMARZO, Marcelo. Mindfulness e Ciência*. Da Tradição à modernidade. São Paulo: Palas Athena, 1998.

CONASENS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Mais 10 práticas integrativas são inseridas na PNPIIC**. 13.03.2018. Disponível em <https://www.conasems.org.br/mais-10-praticas-integrativas-sao-inseridas-na-pnpic/>  
A c e s s o e m 2 6 . 0 5 . 2 0 1 9 .

COSTA, Fernanda Benquerer. **A saúde mental do profissional da saúde em meio à pandemia COVID 19**. Março/2018. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Nota-Informativa-A-Sa%C3%BAdede-Mental-e-a-Pandemia-de-COVID-19-impactos-e-orienta%C3%A7%C3%B5es-para-profissionais-de-sa%C3%BAdede.pdf>. Acesso em 10.12.2020.

CRESWELL, J. D. & LINDSAY, E. K. How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *In: Current Directions in Psychological Science*. 23, 401–407 (2014).

CRUZ, Ticiania Assemany, CARVALHO, Andrezza Martins Costa, SILVA, Robélia Dorea. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. *In: Revista Enfermagem Contemporânea*. 2016 Jan./Jun.;5(1):96-108. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/566/653>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

DALAI LAMA. **Uma ética para o novo milênio**. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.



DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Meditação aplicada à saúde. *In: PROMEF SEMCAD*, 2011. Disponível em <file:///C:/Users/nome1/Downloads/PromefMeditao2011.pdf>. Acesso em 07.06.2019.

FERNANDES, Mariana. **Os efeitos de um programa de Mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde: um estudo antes e depois**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Mestrado) no ano 2018 sob a orientação da Profa. Dra. Giordana Campos Braga. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-25072018-155917/publico/MarianaFernandesco.pdf>. Acesso em 04.06.2019.

FONTELLES, Mauro José, SIMÕES, Marilda Garcia, FARIAS, Samantha Hasegawa, FONTELLES, Renata Garcia Simões. *In: Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa*. 2009.

GARCIA, Gracielle Pereira Aires; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *In: Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, Edição Temática – Saúde Mental, 2018, volume 71, p. 2469-247. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2334.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2334.pdf). Acesso em 08.06.2019.

GOLEMAN, Daniel. **A arte da meditação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

GHERARDI-DONATO, Edilaine Cristina da Silva et. al. Mindfulness: reflexão sobre limites e potencialidades para a assistência de enfermagem. *In: Rev. Enferm. UFSM*. 2019, vol.9, e52: P1-21. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769233058>. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33058/html>. Acesso em 05 de novembro de 2020.

HÜLSHEGER, Ute R.; ALBERTS, Hugo J. E. M.; FEINHOLDT, Aline; LANG, Jonas W.B. Benefits of Mindfulness at Work: The Role of Mindfulness in Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, v. 98, n. 2, p.310–325, 2013. Disponível em <https://mail.google.com/mail/u/0/#sent?projector=1>. Acesso em 10 de outubro de 2020.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho; OHL, Rosali Isabel Barduchi; SILVA, Manoel Carlos Neri. Enfermagem do Brasil no Contexto da Pandemia Covid 19. *In: Cogitare*

**Enfermagem**, 25: e74115, 2020, p. 1-10, UFPR. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115/40808>. Acesso 15 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Viver a Catástrofe Total**. São Paulo: Palas Atena, 2019b.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. [tradução Maria Luíza Appy, Dora Mariana R. Ferreira da Silva], Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Espiritualidade e Transcendência**. Seleção e edição de Brigitte Dorst. Petrópolis: Vozes, 2018.

\_\_\_\_\_. **O eu e o inconstante**. Obras Completas 7/2. Petrópolis: Vozes, 2018.

\_\_\_\_\_. **Psicologia do inconsciente**. Obras Completas 7/1. Petrópolis: Vozes, 2018.

KABAT-ZINN, Jon. **Meditação é mais do que você pensa**. São Paulo: Academia, 2019a.

LAZAR, Sara. W. et all. Meditation experience is associated with increased cortical thickness, *In: NeuroReport*. For Rapid Communication of Neuroscience Research, v. 16, n. 17, 2005, p. 1893-1897.

LIMA, Karla Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *In: Interface*, Jun 2014, vol.18, no.49, p.261-272. ISSN 1414-3283. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf>. Acesso em 28.05.2019.

LUCENA, Lícia Maria Madureira **O Mito de Quíron: Nuances e Prática no Processo Psicoterápico – um Estudo de Caso na Teoria Analítica**. Disponível em <https://psicologado.com.br/abordagens/psicologia-analitica/o-mito-de-quiron-nuances-e-pratica-no-processo-psicoterapico-um-estudo-de-caso-na-teoria-analitica>. Acesso em 04.08.2019.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de Saúde no Brasil em Tempos Contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 2017, vol.

33, p. 143-161. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 05.06.2019.

MAGALHÃES, Lana. Saúde Pública no Brasil. *In: TodaMatéria*. 2018. Disponível em <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>. Acesso em 07.10.2019.

MARKUS, Patricia Maria Ness; LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. Mindfulness e seus benefícios nas atividades de trabalho e no ambiente organizacional. *In: Revista da Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, v. 8, n. 1 \_\_\_\_\_ 2015, ISSN 1983-1384. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/issue/view/942>. Acesso em 04.06.2019.

MINAYO, M.C.S.; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 2014 – 406p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 849**. Disponível em [https://www.lex.com.br/legis\\_27357131\\_PORTARIA\\_N\\_849\\_DE\\_27\\_DE\\_MARCO\\_D\\_E\\_2017.aspx](https://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARCO_D_E_2017.aspx). Acesso em 04.08.2020.

MIYAZAKI, M. Cristina. O trabalho da/o psicóloga/o no contexto hospitalar em tempos de coronavírus. *In: Psi: psicólogos na pandemia* (Conselho Regional de Psicologia – SP), n. 197, setembro-novembro, 2020.

MORIN, Edgar; **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira; ESPINOSA, Mariano Martinez; SILVA, Manoel Carlos Neri da; FREIRE, Neyson Pinheiro; TRETTEL, Ana Cláudia Pereira Terças. Impacto da Covid 19 sob o Trabalho de Enfermagem Brasileira: Aspecto epidemiológico. *In: Enferm.foco*, 2020:11 (1) Especial, p. 24-31, Brasília-DF. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ImpactoCOVID-19Enfermagem.pdf>. Acesso em 18 de janeiro de 2021.

NEVES, Diana Rebello et all. Sentido e Significado do Trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *In: Cad. EBAPE.BR*, v. 16, nº 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v16n2/1679-3951-cebape-16-02-318.pdf>. Acesso em 14.05.2019.

PLENAE. **Ellen Langer e a Ilusão do Controle**. 2018. Disponível em <https://plena.com/pilar/mente/ellen-langer-e-a-ilusao-do-controle>. Acesso em 12 de dezembro de 2020.

PRADO, Cláudia Eliza Papa do. Estresse Ocupacional: causas e consequências. *In: Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2016;14 (3), p. 285-289. Disponível em <http://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR/estresse-ocupacional--causas-e-consequencias>. Acesso em 20.05.2019.

REIS, Denize Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde. *In: UNA-SUS | UNIFESP*, São Paulo, s/d. Disponível em [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades conteudos/unidade04/unidade04.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades conteudos/unidade04/unidade04.pdf). Acesso em 14.05.2019.

RUSSEL, Tamara. **Mindfulness: Atenção Plena no Movimento**. São Paulo: Madras, 2018.

SÁ, Adriana Müller Saleme de; SILVA, Priscilla de Oliveira Martins; FUNCHAL, Bruno. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *In: Revista Psicologia & Sociedade*, vol. 26, n.3, Belo Horizonte, Set./Dez. 2014, p. 664-674. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n3/a15v26n3.pdf>. Acesso em 22.05.2019.

SALVO, Vera Lúcia Morais Antônio de. Ambulatório de mindfulness e promoção da saúde: relato de experiência. *In: Mindfulness e Compassion*, v. 1 (2), jul-dez/2016, p. 94-100. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445407916300246?via%3Dihub>. Acesso em 07.06.2019.

SAMPAIO, Cynthia. Respiração, Relaxamento e Meditação. *In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) In: 23º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Anais*. Curitiba: Centro Reichiano, 2018. ISBN 978-85-69218-03-6. Disponível em <http://centroreichiano.com.br/anais-dos-congressos>. Acesso em 24 de novembro de 2020.

SANTANA, Leni de Lima. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. *In: Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, v. 69(1), Brasília: 2016, p. 23-32. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0030.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0030.pdf). Acesso em 20.05.2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos Santos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup 2), p 2009-2018, 2008. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0408/pdfs/IS28\(4\)108.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0408/pdfs/IS28(4)108.pdf). Acesso em 23.05.2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):429-435, 2007, p. 429-435. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>. Acesso em 14.05.2019.

SERRA, Ana Maria Martins. Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Comportamental. *In: ITC – Instituto de Terapia Cognitiva*. São Paulo, março/2007. Disponível em [http://www.itcbr.com/artigo\\_drana\\_tc.shtml](http://www.itcbr.com/artigo_drana_tc.shtml). Acesso em 15 de dezembro de 2020.

SHAPIRIO Shauna L; CARLSON Linda E.; ASTIN, John A.; FREEDMAN Benedict. Mechanisms of mindfulness. *In: Journal of Clinical Psychology, Volume 62*, Issue 3 pages: 373-386, March 2006. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20237>. Acesso em 18 de janeiro de 2021.

SILVA, Irene de Jesus et. al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *In: Rev. esc. enferm. USP* vol.43 no.3, São Paulo Set. 2009, p. 690-695. Disponível em [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a28v43n3.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf). Acesso em 10 de novembro de 2020. SILVA, Marco Aurélio Dias da. Quem ama não adocece. São Paulo, Best Seller, 1998.

SILVA, Terezinha; GUERRA, Grazia Maria; PESSINI, Leo. Caracterização do autocuidado do profissional de enfermagem e reflexões à luz da bioética. *Revista - Centro Universitário São Camilo* - 2014;8(1):61-74. Disponível em <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/155560/a5.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

SOUZA, Sabrina Silva de et. all. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *In: Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás*, v. 12(3):449-455, Goiânia, 2010. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a05.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a05.htm) Acesso em 16.05.2019.

**STF. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341.** STF reconhece competência concorrente de Estados, DF, Municípios e União no combate à Covid-19 (15.04.2020). Disponível em <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>. Acesso em 13.08.2020.

STÜBING, Katya Sibebe. **Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob orientação do prof. Dr. Otufu Neto, 2015. Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03022016-094452/en.php> Acesso em 25.10.2020

TANG, Yi-Yuan; HÖLZEL, Brita K. & POSNER, Michael I. The neuroscience of mindfulness meditation. *In: Nat Rev Neurosci* 16, 213–225 (2015). Disponível em <https://doi.org/10.1038/nrn3916> Acesso em 10 de janeiro de 2021.

TRINDADE, Liliane Ribeiro. **Sobrecarga de trabalho de enfermeiros em unidades de internação hospitalar.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado) em Enfermagem. Santa Maria:RS, 2018, 106 p, sob orientação da Profa.Dra. Rosângela Marion da Silva. Disponível em [http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2018\\_2019/Dissertacao\\_Liliane\\_Ribeiro\\_Trindade.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2018_2019/Dissertacao_Liliane_Ribeiro_Trindade.pdf). Acesso em 25.05.2019.

VANDENBERGHE, Luc; ASSUNÇÃO, Alysson Bruno Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *In: Contextos Clínicos*, vol.2, n.2, Unisinos, São Leopoldo:RS, dez. 2009, ISSN 1983-3482. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822009000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200007). Acesso em 04.06.2019.

WALLACE, Robert Keith. Physiological effects of transcendental meditation. **Science**. 1970 Mar 27;167(3926):1751-4. doi: 10.1126/science.167.3926.1751. PMID: 5416544. Disponível em <https://science.sciencemag.org/content/167/3926/1751>. Acesso em 20.12.2020.

WRIGHT, Jesse H et al. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado.** São Paulo: Artmed, 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A– ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome: \_\_\_\_\_

#### PARTE 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Possui filhos? ( ) sim ( ) Não. Se sim, quantos: \_\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Tem companheiro (a)? ( ) Sim ( ) Não
6. Tem alguma religião? ( ) sim ( ) Não. Se sim, qual: \_\_\_\_\_
7. Trabalha em qual turno? ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( ) Ambos
8. Outro emprego ( ) Sim ( ) Não ( ) Formal ( ) Informal
9. Carga Horária semanal: \_\_\_\_\_
10. Local de moradia ( ) dentro da cidade ( ) fora da cidade

#### PARTE 2 – QUESTÃO NORTEADORA/ INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Como você tem percebido sua condição física nos últimos três meses?
  - a) Tem sentido alguma dor muscular? com que frequência?
  - b) Tem sentido dores articulares? com que frequência?

c) Tem sentido dores de cabeça? com que frequência?

d) Outras queixas de desconfortos físicos?

2 Você tem se sentido motivado em seu trabalho e função que realiza? Fale um pouco sobre.

3. Você acha que suas relações interpessoais: família, amigos e colegas estão satisfatórias? Caso não, o que acha que têm prejudicado estas relações?

**6** Como você espera que os encontros de Meditação *Mindfulness* possam contribuir com seu bem estar geral, em sua prática profissional e em suas relações interpessoais?



## APÊNDICE B– AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Prezado Dr. Fernando Marcos Gomes  
DD.Diretor Clínico do Hospital Electro Bonini  
Ribeirão Preto – SP.

Em 10/09/2019, enviamos solicitação para autorização institucional da realização de pesquisa intitulada MEDITAÇÃO MINDFULNESS EM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA CONTROLE DE ESTRESSE E ANSIEDADE, a ser realizada junto aos profissionais de saúde, colaboradores no Hospital Electro Bonini, pela mestrande Ana Lúcia Pellegrino, sob orientação da Profa. Dra. Juliana Vendruscolo, o que foi autorizado pelo Sr. naquela data.

Informamos que referida pesquisa já teve parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP Unaerp, bem como já ocorreu a aprovação da mestrande no exame de qualificação realizado em 05/06 deste ano.

Vimos por meio desta solicitar AUTORIZAÇÃO para iniciarmos a divulgação dos encontros a serem realizados, a princípio no mês de Setembro, junto aos colaboradores no Hospital que se dispuserem em participar, ressaltando que cumprimos todas as medidas recomendadas pelo Ministério de Saúde em face da pandemia decorrente da Covid-19, como o uso de EPIs por parte da mestrande, que serão custeados pela mesma.

Cumpramos salientar que entendemos ser de suma importância a realização da presente pesquisa uma vez que já há comprovação em inúmeros artigos, inclusive de âmbito internacional, atestando os benefícios advindos da prática de Meditação Mindfulness junto aos profissionais da saúde em face do aumento crescente do índice de estresse e ansiedade por eles experimentado na luta pela vida e a manutenção da saúde das pessoas, mormente neste período de pandemia.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Ribeirão Preto, 27 de Julho de 2020.

Dra. Juliana Vendruscolo  
Psicóloga, Pesquisadora Responsável do Projeto

Ana Lúcia Pellegrino  
Psicóloga – Pesquisadora Assistente do Projeto

## APÊNDICE C

Prezada Sra. Doralice Franco de Britto Ferreira  
DD.Coordenadora de Enfermagem do Hospital Electro Bonini  
Ribeirão Preto – SP.

Em 10/09/2019 enviamos solicitação para autorização institucional da realização de pesquisa intitulada MEDITAÇÃO MINDFULNESS EM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA CONTROLE DE ESTRESSE E ANSIEDADE, a ser realizada junto aos profissionais de saúde, colaboradores no Hospital Electro Bonini, pela mestranda Ana Lúcia Pellegrino, sob orientação da Profa. Dra. Juliana Vendruscolo, bem como em 27 de Julho do presente, solicitação de autorização para divulgação e posteriormente início dos encontros, o que também já foi autorizado pelo Diretor Clínico Dr.Fernando Marcos Gomes. (doc. Anexo).

Informamos que referida pesquisa já teve parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP Unaerp, bem como já ocorreu a aprovação da mestranda no exame de qualificação realizado em 05/06 deste ano.

Vimos por meio desta solicitar AUTORIZAÇÃO para iniciarmos a divulgação dos encontros a serem realizados, a princípio no mês de Setembro, junto aos colaboradores do Hospital que se dispuserem em participar, ressaltando que cumpriremos todas as medidas recomendadas pelo Ministério de Saúde em face da pandemia decorrente da Covid-19, como o uso de EPIs por parte da mestranda, que serão custeados pela mesma.

Cumpre salientar que entendemos ser de suma importância a realização da presente pesquisa uma vez que já há comprovação em inúmeros artigos, inclusive de âmbito internacional, atestando os benefícios advindos da prática de Medição Mindfulness junto aos profissionais da saúde em face do aumento crescente do índice de estresse e ansiedade por eles experimentado na luta pela vida e a manutenção da saúde das pessoas, mormente neste período de pandemia.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Ribeirão Preto, 06 de agosto de 2020.

Dra. Juliana Vendruscolo  
Psicóloga, Pesquisadora Responsável do Projeto

Ana Lúcia Pellegrino  
Psicóloga – Pesquisadora Assistente do Projeto

**APÊNDICE D – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA**

# CUIDANDO DE QUEM CUIDA

O Programa de Mestrado em Saúde Educação da Unaerp convida os colaboradores do Hospital Electro Bonini para participarem dos encontros de Prática de Meditação Mindfulness.

Os encontros visam desenvolver a prática de meditação mindfulness voltada para a redução de estresse e controle de ansiedade, visando a melhoria da qualidade de vida de quem cuida.

Participação totalmente gratuita.

Início: setembro

Inscrições diretamente com a Coordenadora de Enfermagem

Doraci Franco

Vagas limitadas

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “Meditação *Mindfulness* com grupo de profissionais da Saúde para controle de estresse/ansiedade.”

Meu nome é Ana Lucia Pellegrino, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - São Paulo (UNAERP). A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a Profa. Dra. Juliana Ventrúscolo, professora do programa de mestrado da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender o impacto da aplicação de meditação – *mindfulness* em profissionais de Saúde para controle de estresse e ansiedade. Para tanto, preciso da colaboração de profissionais que atuem na área da saúde, e gostaria que você fosse um deles.

Caso esteja de acordo em colaborar com o estudo, será convidado (a) a participar de três encontros no total, que serão realizados uma vez por semana com duração de uma hora e trinta minutos, com o mínimo de cinco participantes e no máximo 10 participantes, para instrução e desenvolvimento da prática de meditação *mindfulness*, sendo que no primeiro encontro, também será convidado a responder a uma entrevista sócio demográfica para obter alguns dados pessoais e uma questão norteadora para informar o que espera obter de sua participação aos encontros.

Ao final dos encontros, também responderá por escrito o que achou e o que acrescentou.

Os dados obtidos serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão mantidos por um período de até cinco anos. Depois desse prazo os documentos com suas respostas serão descartados.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que você não terá nenhum gasto com a participação

na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessado ou disposto a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou acarrete qualquer penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis ao participante. Contudo, se em algum momento você sentir algum tipo de desconforto, saiba que você poderá conversar com o psicólogo responsável pela pesquisa, que cuidará e orientará para que os mesmos sejam devidamente atendidos e resolvidos.

Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo, espera-se que a pesquisa possa contribuir para que o profissional de saúde participante, adquira conhecimentos sobre a meditação-*mindfulness*, podendo sua prática proporcionar melhora e atenuação de sintomas relativos à ansiedade/stress, obtendo melhorias em seu estado geral com conseqüentes benefícios em sua prática laboral e relacional.

Ao aceitar participar deste estudo sua identidade será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante a entrevista e dos encontros. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que o senhor (a) venha a ter quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato com a pesquisadora-responsável, Dra. Juliana Vendruscolo pelo e-mail [jvendruscolo@yahoo.com.br](mailto:jvendruscolo@yahoo.com.br) ou pelo telefone (16) 99102-4301, das 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto – SP UNAERP. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento a mais sobre os aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com esse Comitê por meio do endereço: Avenida Constâbile Romano, 2201,

Cep:14.096-380, Ribeirão – Ribeirão Preto - SP. O telefone para contato é 3603-6895.

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo.

Eu, \_\_\_\_\_

(nome completo do participante), recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção, após o que, aceitei participar deste estudo, sabendo que a minha participação é livre e inteiramente voluntária.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Ana Lucia Pellegrino

Mestranda

RG.17.806236-4

analuzpellegrino@gmail.com

(16) 991135372

Profa. Dra. Juliana Vendruscolo

Profa.orientadora responsável-projeto

RG.19.355.001

jvendruscolo@yahoo.com.br

(16) 99102-4301

## ANEXO

UNAERP – UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa: Meditação - Mindfulness com equipe de profissionais da área da saúde para controle de stress /ansiedade**

**Pesquisador:** Juliana vendruscolo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 23779019.2.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.840.709

**Apresentação do Projeto:**

Estudo descritivo exploratório com o objetivo geral de compreender o impacto da aplicação da meditação mindfulness, no controle de stress e ansiedade, bem como observar seus efeitos na prática laboral e relacional dos profissionais da saúde. Esta pesquisa é embasada no referencial teórico cognitivo-comportamental desenvolvido por Aron Beck, utilizando-se as técnicas desenvolvidas por este autor de reestruturação cognitiva e em trabalhos de pesquisa desenvolvidos por Jon Kabat-Zinn precursor das práticas meditativas mindfulness para a medicina e psicologia comportamental. O estudo contemplará cinco encontros com os profissionais da saúde que manifestarem interesse em participar, sendo que no primeiro encontro, inicialmente será entregue um roteiro de entrevista semi-estruturado para coleta de dados sócio-demográficos e uma questão norteadora para investigar o que os participantes esperam dos encontros

**Endereço:** Av. Costábile Romano, 2201, sala 8, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRÂNIA

**CEP:** 14096380

**UF:** São Paulo

**MUNICÍPIO:** Ribeirão Preto

**Telefone:** (16) 3603-6895

(16) 3603-6815

email: cetica@unaerp.br

**UNAERP – UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO**



Continuação do Parecer: 3.840.709

e em seguida, bem como nos encontros subsequentes, se fará as instruções das técnicas e aplicação das etapas que constituem a meditação mindfulness. No último encontro as trocas de experiências serão gravadas e posteriormente transcritas e categorizadas pela pesquisadora.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

Compreender o impacto da aplicação de meditação – mindfulness -, em profissionais de saúde para controle de stress/ansiedade.

Objetivo secundário:

Compreender/Avaliar de que forma a meditação-mindfulness possibilita um impacto na qualidade de vida dos profissionais da saúde; verificar o efeito da prática de meditação – mindfulness no controle de Stress/ansiedade nos profissionais de Saúde; analisar os efeitos da prática de meditação – mindfulness na prática laboral e relacional dos profissionais de Saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação neste projeto não oferecerá riscos aos participantes, porém se em algum momento os mesmos manifestarem qualquer tipo de incômodo, estes deverão ser relatados à pesquisadora que cuidará e orientará para que os mesmos sejam devidamente atendidos e resolvidos.

Benefícios:

A participação no projeto pressupõe a possibilidade de o participante receber orientação

**Endereço:** Av. Costábile Romano, 2201, sala 8, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRÂNIA

**CEP** 14096380

**UF:** São Paulo

**MUNICÍPIO:** Ribeirão Preto

**Telefone:** (16) 3603-6895

(16) 3603-6815

email: cetica@unaerp.br



UNAERP – UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 3.840.709

psicológica através da prática da meditação mindfulness, podendo proporcionar melhora e atenuação de sintomas relativos à ansiedade/stress, obtendo melhorias em seu estado geral com consequentes benefícios em sua prática laboral e relacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo visa compreender o impacto da aplicação da meditação mindfulness, no controle de stress e ansiedade. Para isso, serão realizados cinco encontros e coletados dados no primeiro (roteiro de entrevista

semiestruturada para identificação dos participantes e questões norteadoras) e no último (troca de experiências entre os participantes). O projeto está apresentado de maneira satisfatória e justificada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados e estão adequados a folha de rosto e a autorização da infraestrutura. No TCLE a aluna do mestrado assume, e assina no final, como a responsável pela pesquisa. Este CEP entende que o responsável pelo projeto deve ter a titulação mínima de doutorado, o que não é o caso. Assim, na apresentação do projeto ao sujeito e no campo de dúvidas e maiores esclarecimentos deve constar o nome, o email e o telefone da professora orientadora, que é legalmente a responsável pelo estudo.

**Recomendações:**

No TCLE: 1) no segundo parágrafo deve ser indicado que a responsabilidade pelo estudo é da professora orientadora e não da mestranda. 2) no segundo parágrafo da 2ª página as informações de

**Endereço:** Av. Costábile Romano, 2201, sala 8, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRÂNIA

**CEP** 14096380

**UF:** São Paulo

**MUNICÍPIO:** Ribeirão Preto

**Telefone:** (16) 3603-6895

(16) 3603-6815

email: cetica@unaerp.br

UNAERP – UNIVERSIDADE DE  
RIBERIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 3.840.709

email e telefone, caso o participante necessite entrar em contato, sempre deve ser da professora responsável. 3) a orientadora deve assinar como responsável pelo estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendência foi atendida e obedece a Resolução 466\12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1426116.pdf	19/12/2019 15:08:36		Aceito
TCLE / Termos de	tele_corrigido.pdf	19/12/2019	Juliana vendruscolo	Aceito

Continuação do Parecer: 3.840.709

Assentimento / Justificativa de Ausência	tele_corrigeo.pdf	15:08:08	Juliana vendruscolo	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	18/10/2019 09:07:25	UNIVERSIDADE DE RIBEIRAO PRETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/10/2019 11:59:20	UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTITUCIONAL.pdf	17/10/2019 10:07:09	UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACOES.pdf	17/10/2019 09:54:45	UNIVERSIDADE DE RIBEIRAO PRETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2019 09:48:44	UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**RIBEIRAO PRETO, 16 de fevereiro de 2020**

---

**Assinado por:**

**Luciana Rezende Alves de  
Oliveira (Coordenador(a))**