

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

PROGRAMA DE MINDFULNESS E HABILIDADES
SOCIOEMOCIONAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

São José do Rio Preto - SP

2023

MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

**PROGRAMA DE MINDFULNESS E HABILIDADES
SOCIOEMOCIONAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. RANDOLFO DOS SANTOS JUNIOR

São José do Rio Preto - SP

2023

Pita, Mara F. Figueira

Programa de mindfulness e habilidades socioemocionais para profissionais de saúde / Mara F. Figueira Pita --São José do Rio Preto-SP, 2023.
vii, xlv fls

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Mindfulness and socioemotional skills program for healthcare staff.

Orientador: Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior

1.Saúde mental; 2. Esgotamento profissional; 3. Mindfulness

MARA FERNANDA FIGUEIRA PITA

**PROGRAMA DE *MINDFULNESS* E HABILIDADES
SOCIOEMOCIONAIS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA
EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1ª Examinadora: Giovanna Belei M. Miayzaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José Rio Preto

2ª Examinador: Eduardo Santos Miyasaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José Rio Preto

São José do Rio Preto, 22/08/2023

SUMÁRIO

LISTA DE APÊNDICES.....	v
LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
RESUMO.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO.....	3
OBJETIVOS	9
MÉTODO	10
PARTICIPANTES.....	10
PROCEDIMENTOS	11
MATERIAIS.....	14
ANÁLISE DE DADOS	15
ASPECTOS ÉTICOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES	36
ANEXOS	43

LISTA DE APÊNDICES

APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO INICIAL.....	36
APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do estudo: Programas baseados em mindfulness para profissionais da saúde	12
Figura 2 - Práticas de Mindfulness e Psicologia Positiva.....	13
Figura 3 - Representações gráficas de indicadores psicossociais de cada participante no Pré e Pós teste.....	17

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Descrição dos componentes da Teoria do BemEstar de Selligman (2019	6
TABELA 2 - Dados sociodemográficos dos participantes.....	10
TABELA 3 - Comparação entre as variáveis no pré e pós teste e nível de significância – Teste T pareado $p < 0.005$	17

Pita, M. F. F. (2023). *Programa de Mindfulness e habilidades socioemocionais para profissionais de saúde*. (Exame de Qualificação). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Intervenções baseadas em mindfulness tem se mostrado potencialmente eficazes para a promoção de saúde e bem-estar dos profissionais de saúde. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a viabilidade de um programa breve de intervenção que mescla práticas de mindfulness e exercícios baseados em psicologia positiva com profissionais de saúde. **Método:** As intervenções foram baseadas no programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), adaptando para uma proposta reduzida de intervenção, com encontros semanais realizados de forma remota, com duração de noventa minutos, durante 6 semanas. Foi realizado estudo quase-experimental pré/pós intervenção utilizando os seguintes instrumentos: Entrevista semi estruturada; Escala de autocompaixão; Escala DAS-21; Escala de Qualidade de Vida Profissional PRQoL BR para avaliar os seguintes indicadores de saúde mental: fadiga por compaixão, autocompaixão, estresse, ansiedade e depressão em profissionais da saúde. **Resultado:** Os escores obtidos pós intervenção na Escala ProQOL-V confirmam a redução da fadiga por compaixão, alcançando significância estatística no Teste T pareado ($p=0.0469$). A redução de estresse, ansiedade e depressão não apresenta relevância estatística em decorrência do tamanho da amostra. **Conclusão:** É viável o cumprimento de um programa reduzido para a redução da fadiga por compaixão. A participação remota dos integrantes é praticável e promissora para que o programa possa ser reaplicado em outros ambientes profissionais.

Descritores: Saúde mental; esgotamento profissional; mindfulness

Pita, M. F. F. (2023). Programa de Mindfulness e habilidades socioemocionais para profissionais de saúde. (Exame de Qualificação). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Mindfulness-based interventions have been shown to be potentially effective in promoting the health and well-being of health professionals. Objective: The aim of this study was to evaluate the feasibility of a brief intervention program that mixes mindfulness practices and exercises based on positive psychology with health professionals. Method: Interventions were based on the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program, adapting to a reduced intervention proposal, with weekly meetings held remotely, lasting ninety minutes, for 6 weeks. intervention using the following instruments: Semi-structured interview; Self-compassion scale; DAS-21 scale; Professional Quality of Life Scale PRQoL BR to assess the following mental health indicators: compassion fatigue, self-compassion, stress, anxiety and depression in health professionals. Result: The scores obtained after the intervention on the ProQOL-V Scale confirm the reduction in compassion fatigue, reaching statistical significance in the paired t test ($p=0.0469$). The reduction of stress, anxiety and depression is not statistically relevant due to the sample size. Conclusion: It is feasible to comply with a reduced program to reduce compassion fatigue. The remote participation of Members is feasible and promising so that the program can be reapplied in other professional environments.

Descriptors: Mental health; professional burnout; mindfulness

INTRODUÇÃO

Profissionais da saúde e qualidade de vida no trabalho

Na área da saúde o trabalhador tem suas atividades relacionadas à práticas de cuidado que exigem além de competências técnicas específicas, habilidades socioemocionais complexas para responder satisfatoriamente a uma ampla diversidade de estressores e demandas psicossociais que surgem rotineiramente em seu campo de prática (Gómez-Díaz et al., 2017; Expósito et al., 2019).

Noddings (2013), sistematiza as dimensões do cuidado enquanto um processo relacional pautado em competências de receptividade, motivação e capacidade de resposta. Ressaltando que essa capacidade de resposta está diretamente associada a habilidades de escuta, percepção empática para uma leitura adequada das necessidades do paciente e recursos tanto técnicos quanto emocionais, para executar um plano de ação apropriado a cada prática de assistência.

Nota-se nas últimas décadas avanços significativos em políticas de humanização da saúde e protocolos de tratamento apoiados em um paradigma de cuidado centrado no paciente (Silva et al., 2018; Delaney, 2018; Santana et al., 2018). No entanto, para que tais propostas sejam convertidas em prática nas rotinas de assistência é exigido dos profissionais conhecimentos que o permitam aliar a técnica e as práticas baseadas em evidências à habilidades relacionais complexas e adequado manejo de suas respostas emocionais frente a experiência de aflição e sofrimento de pacientes e familiares (Sharp et al., 2016; Moore et al., 2017). Quando tais recursos não são adequados instalam-se riscos importantes de adoecimento e vulnerabilidade a transtornos mentais (Di Giuseppe et al., 2019).

Um estudo nesse campo indica que a exposição prolongada ao sofrimento de outras pessoas pode intensificar sentimento de culpa, ansiedade e tristeza, uma vez que expõe o profissional constantemente a experiências de vulnerabilidade humana que podem influenciar

em uma percepção pessoal de insegurança sobre sua própria condição de saúde e bem-estar (Paschali et al., 2012). Nesse sentido, pode-se supor que a atuação profissional na área da saúde deve estar apoiada em um tripé integrado de habilidades sendo eles: conhecimento técnico especializado; competências relacionais para a construção de vínculos; e recursos de auto regulação emocional como mediadores do estresse e potencial fator de proteção a saúde mental (Noddings, 2013; Sharp et al., 2016; Vinson & Underman, 2020).

Embora cuidar de outras pessoas seja apontado como o principal motivador na escolha profissional dos trabalhadores da saúde, essa atitude empática, que por um lado é essencial para o acolhimento nas enfermarias e ambulatórios, pode tornar-se um fator de vulnerabilidade ao estresse (Salvarani et al., 2019; et al., 2020). As habilidades empáticas essenciais para identificação das necessidades dos pacientes também estão integradas aos processos de identificação vicária e experiências traumáticas secundárias, um fenômeno há muito tempo percebido em cuidadores formais e informais, sistematizado nas últimas décadas em torno do conceito de Fadiga por Compaixão (Figley & Ludick, 2017).

Nesse sentido, a disparidade entre o déficit de competências socio emocionais e a sobrecarga das demandas de cuidado expõe os pacientes e profissionais a sérios riscos de segurança, o que pode afetar profundamente a vida de todos. Talvez seja coerente afirmar que não basta responsabilizar de forma isolada o profissional sobre sua capacidade de auto regulação emocional, e é premente que o compromisso para o desenvolvimento de tais competências seja compartilhado por universidades, cursos técnicos e instituições de saúde. Sendo assim, há uma necessidade crescente para implementação de métodos de treinamento eficazes e baseados em evidências para melhorar as competências sócio

emocionais de trabalhadores da área da saúde. Atualmente diversos estudos apontam que intervenções baseadas em mindfulness podem contribuir neste processo.

A proposta desse estudo envolve o desenvolvimento e testagem de um protocolo de promoção de saúde baseado em mindfulness para profissionais da saúde. Seus resultados podem ampliar as estratégias de treinamento ofertadas a profissionais que já estão em campo de atuação. O modelo proposto buscou considerar a quantidade e tempo de duração das sessões, que devem ser viáveis para aplicação em instituições de saúde.

Psicologia e profissionais da saúde

americanos iniciou um movimento em prol do “estudo científico do que faz a vida ser digna de ser vivida” (Peterson, 2006). Esse movimento ganhou o nome de Psicologia Positiva (PP), que pode ser entendido como um termo guarda-chuva para o estudo das emoções, das características individuais e das instituições positivas centrado na prevenção e na promoção da saúde mental (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Ampliando a perspectiva de estudos em saúde mental para o foco nas forças e potencialidades humanas. Com enfoque nas emoções positivas e no impacto das mesmas na saúde.

Pesquisas no ramo da Psicologia Positiva contribuíram para os “conhecimentos sobre esperança, empatia, compaixão, gratidão, autoestima, espiritualidade, emoções, enfrentamento, entre outros” (Castro et al. apud Seligman, 2019, p.20). Vários estudos examinaram a eficácia e a pertinência das intervenções de psicologia positiva..

O interesse por investigar o bem-estar de forma mensurável originou a Teoria do Bem-estar – PERMA - de Seligman, que organiza em cinco componentes cientificamente mensuráveis e manejáveis: (a) emoções positivas (positive), (b) engajamento (engagement), (c) relações (relationships), (d) significado (meaning) e (e) realizações (accomplishment) conforme descrito na tabela 1 (Seligman, 2019, p. 20).

Vários estudos examinaram a eficácia e a pertinência das intervenções de psicologia

positiva. Pesquisas apontaram que pessoas que vivenciam mais emoções positivas, engajamento e significado (PERMA), tendem a apresentar taxas mais baixas de depressão e maior satisfação com a vida (Seligman, 2019, p. 20). Uma revisão de literatura apontou que intervenções baseadas em Psicologia Positiva em pacientes com câncer resultou em aumento do bem-estar, contribuindo para elevação da auto-estima, da auto-eficácia e otimismo, além de proporcionar o senso de significado. (Casellas-Grau, A., Font, A. e Vives, J. (2014). No entanto, as publicações que investiguem o trabalho com profissionais de saúde ainda são escassas na literatura nacional.

TABELA 1

Descrição dos componentes da Teoria do BemEstar de Seligman (2019)

Componentes do Bem Estar	Descrição
<i>Positive emotions</i> (Emoções Positivas)	Consiste em experimentar emoções positivas como felicidade, contentamento, orgulho, serenidade, esperança, otimismo, confiança, segurança e gratidão.
<i>Engagement</i> (Engajamento)	Está relacionada à imersão profunda em atividades que utilizam as próprias forças para experimentar o flow, um estado ideal marcado com concentração precisa, foco intenso e motivação intrínseca para maior desenvolvimento.
<i>Relationships</i> (Relacionamentos pessoais)	Está relacionado à qualidade das relações uns com os outros. Ter relações positivas, seguras e confiáveis.
<i>Meaning & Purpose</i> (Sentido e Propósito)	Consiste em usar as próprias forças para pertencer e servir a alguma coisa que seja maior que a própria pessoa.
<i>Acomplishment</i> (Realizações)	Refere-se em aproveitar nossas forças, habilidades, talentos, e competências para atingir algo que nos dá um sentimento profundo de satisfação e realização.

Nota: Adaptada de *Psicoterapia Positiva- Manual do Terapeuta*, de Rashid, T., Seligman, M., 2019, p. 20.

Mindfulness e profissionais da saúde

O programa de redução do estresse baseado na atenção plena (MBSR), desenvolvido pelo Dr. Kabat-Zinn na década de 1970, consiste em um curso de 8 semanas onde os participantes participam de aulas guiadas focadas em cultivar a consciência sem julgamento. Na última década, muitos pesquisadores se voltaram para o uso das Intervenções Baseadas em Mindfulness (MBI's) para abordar o desgaste emocional nas profissões de saúde (Barnes et al., 2017; Brown et al., 2017; Demarzo & Garcia-Campayo, 2017; Suyi et al.2017; Krogh et al., 2019; Spinelli et al., 2019; Pires et al., 2020).

Um estudo realizado no Centro-Oeste com profissionais de saúde descobriu que, após oito semanas, os participantes relataram níveis significativamente melhorados de estresse, não reatividade à experiência interior, e qualidade de vida (Benzo, Anderson, Bronars, & Clark, 2018).

Estudos tem apontado que traços de mindfulness e autocompaixão são mediadores de proteção frente a síndrome da Fadiga por Compaixão (Brown et al., 2017; Yip et al., 2017). Esses achados são importantes, pois, se por um lado é inviável reduzir muitos estressores típicos da área da saúde, por outro, há evidências de que traços de mindfulness podem ser modificados por meio de intervenções e práticas específicas (Klein et al., 2020).

Apesar dos resultados promissores que os MBI's vêm apresentando em diversos contextos, especialistas alertam para a necessidade de mais estudos com metodologias robustas e maior controle de variáveis (Van Dam et al., 2018).

Este estudo baseou-se na hipótese de que um programa abreviado de atenção plena com 6 sessões é pelo menos tão eficaz quanto o programa padrão de 8 sessões para aumentar a atenção plena e reduzir os níveis de estresse no trabalho e fadiga por compaixão entre os profissionais de saúde. O programa foi nomeado Cuidando de quem Cuida, e ofertado em 6 encontros semanais, com temas exclusivos em cada encontro.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar a eficácia de um programa de intervenção breve baseado em mindfulness e psicologia positiva para manejo das habilidades socioemocionais em profissionais da saúde. Com enfoque nos seguintes indicadores de saúde mental: fadiga por compaixão, empatia e autocompaixão em profissionais da saúde .

Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra
- Avaliar indicadores de bem estar e saúde mental dos participantes
- Avaliar a viabilidade da aplicação do programa em modalidade remota

MÉTODO

PARTICIPANTES

O estudo utilizou-se de amostragem por conveniência composta por profissionais de diferentes áreas da saúde. O estudo foi finalizado com 5 participantes que possuíam os critérios de inclusão. Todas as participantes que concluíram o programa são do sexo feminino. Apenas uma participante possuía formação acadêmica em psicologia e não possuía experiência na área hospitalar, embora atue na área da saúde. Enquanto três participantes possuíam curso superior em enfermagem e uma participante possuía cursou técnico em enfermagem, e todas com experiência na área hospitalar, atuando no momento da pesquisa. No entanto, estes dados foram explorados na pesquisa.

TABELA 2

Dados sociodemográficos dos participantes

Indicador socio demográfico	n	%
Sexo (feminino)	5	100%
Educação (Ensino Superior)	4	80%
Educação (Ensino Técnico)	1	20%
Estado civil (Relacionamento estável)	3	60%
Estado civil (Solteiro)	2	40%
Religião (Católico)	2	40%
Religião Acredito em Deus, mas não sigo nenhuma religião	3	60%
Tempo de atuação profissional (> 6 anos)	3	60%
Tempo de atuação profissional (< 6 anos)	2	40%
Idade média	35 Anos	

PROCEDIMENTOS

Recrutamento

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, profissionais da saúde foram convidados por meio de divulgação via intranet de um hospital geral e através de redes sociais para participar de um grupo com práticas de mindfulness e psicologia positiva. Foi realizada uma pré inscrição em formulário online para preenchimento dos dados pessoais. Em seguida os candidatos receberam informações sobre o estudo e, aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE 2). E foram convidados a preencher os questionários utilizados como instrumentos de avaliação antes dos encontros nos grupos (Anexos 1, 2 e 3).

Foram recrutados 112 profissionais da saúde, sendo excluídos 92 participantes, aonde 10 não atenderam os critérios de inclusão e 82 recusaram em participando que grande parte informou dificuldades para gerenciar o tempo de trabalho com as práticas. Os critérios de inclusão eram pelo menos seis meses de atuação profissional em qualquer área da saúde e a realização dos instrumentos de avaliação durante a efetivação da inscrição. Foram aceitas inscrições de ambos os sexos. Não foi exigida experiência prévia em programas de treinamento baseados em mindfulness para inclusão dos participantes no programa. Foram realizados dois grupos em períodos distintos devido o tamanho reduzido da amostra. O estudo foi concluído com 5 participantes, conforme observado na Figura 1.

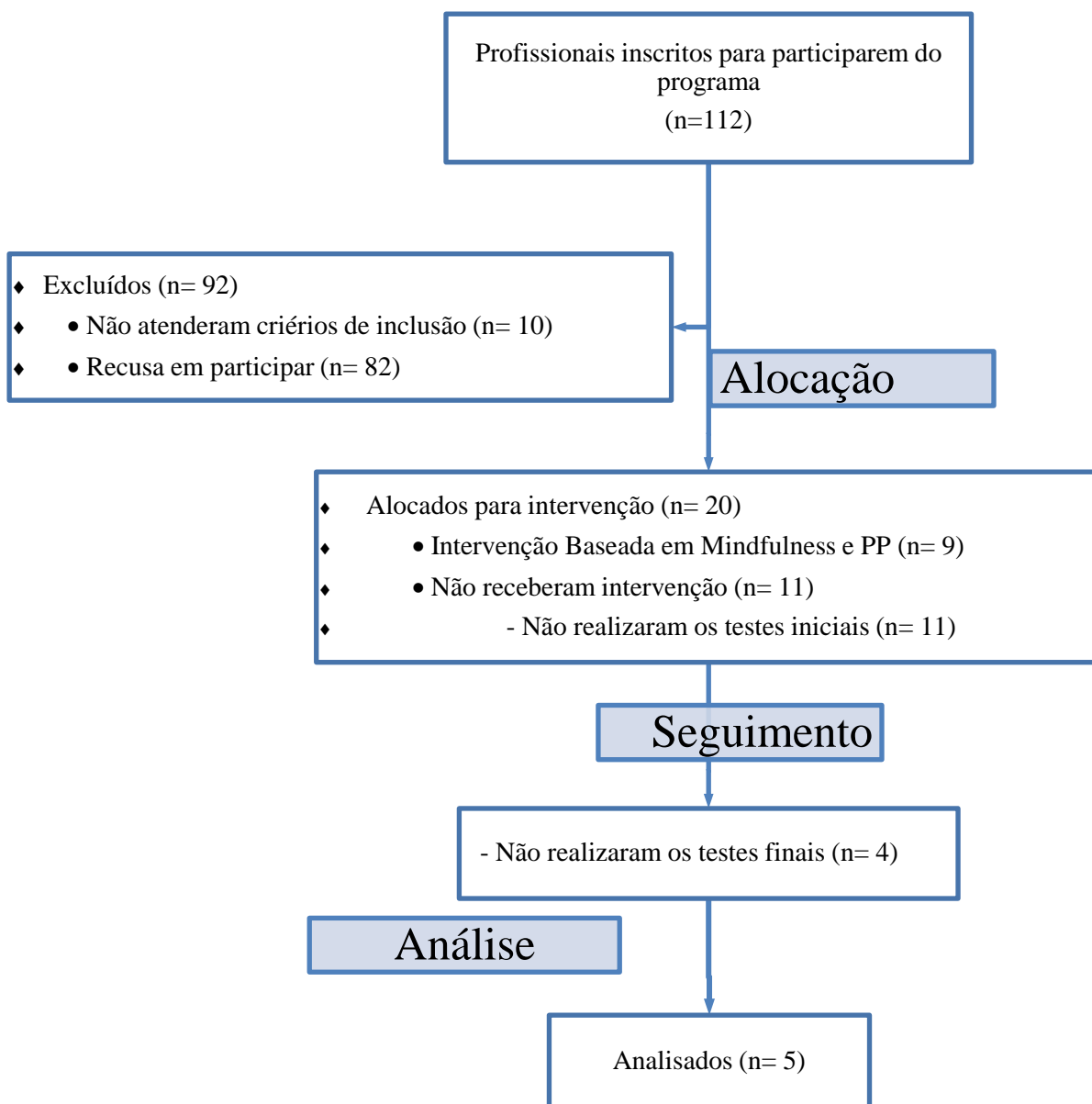
Foram excluídos os participantes que não completaram o número mínimo de participação de 5 sessões no Programa Cuidando de quem Cuida, com proposta de 6 encontros. Também foram excluídos os que não preencheram os instrumentos de avaliação antes e depois da participação no grupo.

Os participantes se inscreveram de forma voluntária, sendo informados do caráter de pesquisa, sem nenhum custo para adesão. As regras sobre a participação também foram

esclarecidas previamente na divulgação do programa.

Figura 1

Fluxograma do estudo: Programas baseados em mindfulness para profissionais da saúde



O protocolo adaptado para a realização do estudo buscou associar as práticas às experiências vividas por profissionais da saúde em seu cotidiano. O programa foi estruturado em 6 sessões online de 90 minutos de duração. O programa associa exercícios de aprendizagem socioemocional com práticas formais e informais de mindfulness utilizadas no Programa de Promoção de Saúde Baseado em Mindfulness (MPHP) (Demarzo & Garcia-

Campayo, 2017). Para trabalhar o tema, foram realizadas atividades de mindfulness e ofertado partilha sobre a percepção da aplicação dos temas no ambiente de trabalho. Após os encontros, foram disponibilizados materiais de psicoeducação para revisão dos temas trabalhados via whatsapp. Os encontros foram conduzidos pelos próprios pesquisadores por meio da plataforma digital Zoom[®]. Os temas abordados nos encontros foram: Autoconsciência, Emoções Positivas, Relações positivas, Autocompaixão, Engajamento (Saborear) e Significado e Propósito conforme a tabela 3.

Figura 2

Práticas de Mindfulness e Psicologia Positiva

Semana	Tema	Atividades de Psicoeducação	Meditação	Prática diária
1	Autoconsciência	*Bem-estar e Psicologia Positiva/ * Atenção plena e mindfulness/*Autoconsciência	Uva passa	* Observação das próprias emoções no corpo e na expressão com as pessoas.
2	Emoções	Benefícios das emoções positivas e gratidão	Meditação com foco em algo ou alguém que aprecie	*3 coisas boas. Expressar gratidão por situações positivas
3	Relações positivas com os outros	Empatia afetiva e cognitiva. Benefícios dos relacionamentos positivos e métodos de aprimoramento	Meditação com foco na bondade amorosa	*Atos aleatórios de bondade. Demonstrar sentimentos de bondade amorosa nas relações
4	Autocompaixão	Conceito de Autocompaixão e métodos para aumentar autocompaixão	Meditação com foco na autocompaixão	*Como você trataria um amigo?
5	Engajamento (Saborear)	Saborear emoções positivas. Conceituar tipos de experiência de Savoring.	Meditação com foco no Savoring	*Percebendo a natureza. Saborear as experiências (Técnicas de savoring)
6	Significado	Propósito e bem-estar. Reflexão sobre o impacto da atuação profissional na vida de outras pessoas. Conclusão do programa encorajando a continuidade das práticas	Meditação com enfoque na visão futura de si mesmo e o melhor legado	*Ação: Escolha e vivencie atividades que estejam alinhadas ao seu legado

MATERIAIS

- Escala de autocompaixão: medida de autorrelato constituída por 26 itens visa avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: Autobondade, entendida como a capacidade para ser amável, bondoso, gentil e compreensível para consigo próprio; Condição humana (ou Humanidade Compartilhada), que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e o Mindfulness, que se refere a uma consciência equilibrada de aceitação dos próprios sentimentos. Os itens estão agrupados em seis subescalas: Autobondade (5 itens) Autocrítica (5 itens); Condição Humana (4 itens); Mindfulness (4 itens) e Sobre-identificação (4 itens). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre) (Souza & Hutz, 2016) (Anexo 1).
- Escala de ansiedade, estresse e depressão DASS 21: versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), que possui três e apresenta a resposta aos itens do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). (Vignola & Tucci, 2014) (Anexo 2)
- Escala de Qualidade de Vida Profissional *PRQoL BR*. Escala de Qualidade de Vida Profissional ProQOL-IV - possui 27 itens que avaliam três fatores: o fator I, Satisfação por Compaixão, composto por nove itens, o fator II, *Burnout*, composto por sete itens e o fator III, Estresse Traumático Secundário composto por onze itens. Recorda-se que os fatores II e III, juntos, medem a Fadiga por Compaixão. Os itens do ProQOL-IV estão distribuídos em uma escala de resposta tipo *Likert*, variando de 0 a 5, em que 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente, 4 muito frequentemente e 5 = quase sempre (Barbosa e Souza, 2013) (Anexo 3)
- Ficha de identificação e entrevista semidirigida elaborado pelo pesquisador com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográficos e profissionais. (APENDICE 1)

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados inclui média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A distribuição normal ou não das variáveis contínuas foi analisada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparação de variáveis numéricas foi utilizado o Teste T pareado. A análise estatística foi realizada por meio do software Prism 7. Valores de $P < 0,05$ serão considerados significantes.

ASPECTOS ÉTICOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os profissionais da saúde foram convidados a participar do estudo por meio de divulgação online via intranet, redes sociais e divulgação nos veículos internos de comunicação das instituições convidando profissionais da saúde interessados em participar de um programa intitulado: Cuidando de quem cuida, ofertando práticas de mindfulness e psicologia positiva para manejo da atenção e regulação emocional dos participantes

Após a pré inscrição no programa, os participantes eram contatados pela psicóloga pesquisadora para enviar informações sobre o estudo e, aqueles que concordaram em participar, foram convidados a preencher os questionários utilizados como instrumentos de avaliação antes dos encontros nos grupos (Anexos 1, 2 e 3) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2); ambos enviados por formulário online.

Os participantes estavam cientes de que tratava-se de uma pesquisa gratuita e voluntária.

Os participantes que realizaram os instrumentos de avaliação foram informados que receberiam a devolutiva dos resultados, caso solicitassem pré e pós intervenção. Para os participantes que apresentaram indicadores de sofrimento durante as intervenções, foi indicado a busca por psicoterapia externa.

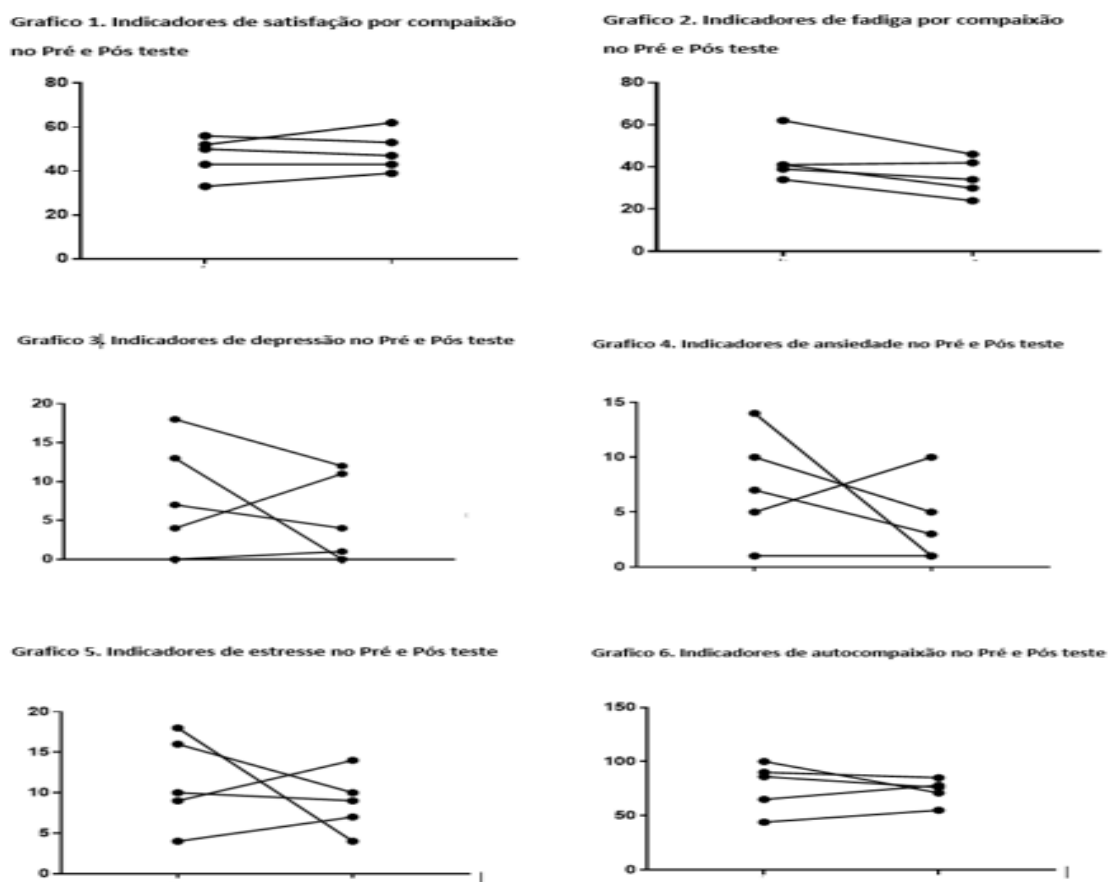
RESULTADOS

No presente estudo foi possível verificar que a participação no grupo de intervenção com práticas de atenção plena e treinamento socioemocional apontam uma tendência na redução dos indicadores de fadiga por compaixão (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**) alcançando significância estatística no Teste T pareado ($p = 0.0469$). Também é possível observar uma redução nos indicadores de ansiedade, estresse e depressão, porém sem significância estatística.

Apesar dos resultados encontrados no presente estudo serem promissores para evidenciar os resultados da participação em um grupo de mindfulness com protocolo reduzido, a dificuldade quanto o número da amostra sugere que mais estudos sejam feitos com este protocolo.

Figura 3

Representações gráficas de indicadores psicossociais de cada participante no Pré e Pós teste.



A análise dos dados também aponta uma tendência de estabilidade dos indicadores de Satisfação por Compaixão e Autocompaixão no Pré e Pós teste. A **Erro! Fonte de referência não encontrada.** detalha a comparação estatística das médias gerais alcançadas entre os dois momentos de avaliação.

TABELA 3

Comparação entre as variáveis no pré e pós teste e nível de significância – Teste T pareado $p < 0.005$.

Variável	Satisfação		Fadiga por		Ansiedade		Depressão		Estresse		Autocompaixão	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Média	46,8	48,8	44.4	35.2	7.4	4	8.4	5.6	11.4	8.8	77	73
DP	9.04	9.01	10.78	8.88	4.93	3.74	7.16	5.59	5.64	3.71	22.43	11.25

p	0,6250	0,0469*	0,3171	0,4506	0,4888	0,6295
---	--------	---------	--------	--------	--------	--------

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um programa piloto baseado em mindfulness e educação socioemocional em profissionais de saúde, verificando o impacto do mesmo na saúde e bem-estar dos participantes pós intervenção. Uma amostra de profissionais da área da saúde recrutados de forma aleatória em um hospital geral e também via mídias sociais digitais para participação em um grupo online por 6 semanas. Poucos estudos investigaram a efetividade de programas reduzidos de mindfulness, principalmente na modalidade on-line (remota). Este estudo teve como objetivo secundário avaliar a viabilidade da aplicação do programa em modalidade remota e avaliar indicadores de bem estar e saúde mental dos participantes. Os resultados encontrados apontam redução nos indicadores de fadiga por compaixão, corroborando estudos realizados na mesma temática. Também é possível observar uma redução nos indicadores de ansiedade, estresse e depressão, porém sem significância estatística diante do tamanho da amostra. A atuação de intervenção de mindfulness de forma remota mostrou-se viável e promissora, sendo possível cumprir o cronograma proposto nesta modalidade.

O estudo realizado mostrou-se favorável na realização dos objetivos propostos e resultou na redução da fadiga por compaixão dos participantes e com alterações notáveis em algumas variáveis examinadas, com relevância estatística em uma delas. Vale ressaltar que a presente investigação se baseia em um tamanho amostral limitado e carece de um grupo de controle comparativo. Assim, pode-se inferir que os resultados são considerados preliminares e servem como fonte informativa.

Fadiga por compaixão

A literatura aponta que profissionais e estudantes de saúde, especialmente enfermeiras, médicos, psicólogos fazem parte de um grupo de risco para o desenvolvimento da fadiga por compaixão, haja visto a possibilidade destes profissionais desenvolverem um

trauma diante do contato próximo com o sofrimento de seus pacientes (Lamothe, 2016). Portanto, foi utilizada neste estudo a escala autoaplicável ProQol BR que avalia a Satisfação por Compaixão, e a Fadiga por Compaixão (avalia o *Burnout* e o Estresse Traumático Secundário). Sendo possível identificar a redução da Fadiga por Compaixão dos participantes pós intervenção conforme a **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

Esses resultados estão de acordo com estudos anteriores (Pintado, 2018) realizados com profissionais de saúde, que descobriram que as intervenções baseadas em mindfulness foram eficazes na redução dos sintomas de fadiga por compaixão, esgotamento e angústia, além de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar emocional dos participantes.

Apesar do resultados favoráveis é importante considerar que há poucos estudos que realizaram intervenções baseadas em mindfulness na redução da fadiga por compaixão, especialmente na literatura nacional. A fadiga por compaixão é um conceito ainda recente e medidas para reduzir seus efeitos ainda são escassas. Apesar das lacunas atuais de produção científica na área, foi possível encontrar estudos com resultados semelhantes ao encontrados neste trabalho, com diferenças na caracterização da amostra e/ou na metodologia adotada entre este estudo e os demais trabalhos encontrados. Um estudo realizado na Espanha por exemplo, com enfermeiras geriátricas em uma casa de repouso de idosos com demência, demonstrou que o treinamento online baseado em mindfulness diminuiu efetivamente os níveis de fadiga por compaixão e burnout até três meses após o término da intervenção em comparação com um grupo controle com características semelhantes (Pérez, 2022). Estudos como este apontam caminho viáveis para a oferta de práticas de intervenção online para profissionais da saúde e dialoga com a metodologia utilizada neste trabalho.

Não foi possível verificar um protocolo definido para as intervenções curtas baseadas em mindfulness para reduzir a fadiga por compaixão. As intervenções deste estudo são semelhantes as intervenções realizadas nos estudos encontrados, baseados em (MPHP),

porém foram reduzidos o número de encontros, e os temas trabalhados foram escolhidos de acordo com a experiência dos mediadores conforme consta na Figura 3. **(Erro! Fonte de referência não encontrada.)**

Estudos recentes apontam a correlação entre o aumento da atenção plena e a redução da fadiga por compaixão. Um estudo realizado com profissionais de saúde mental e estudantes do mestrado em serviço social aponta que os traços da atenção plena podem ser úteis para mitigar a fadiga da compaixão (Jodi, 2017). É possível observar semelhança dos resultados em um estudo com estagiários de serviço social, aonde os dados revelaram que níveis mais altos de atenção plena correlacionaram-se positivamente com maior potencial de satisfação por compaixão, enquanto níveis mais baixos de atenção plena aumentaram o risco de fadiga por compaixão do aluno (Decker, 2015).

Neste estudo foi possível verificar a eficácia de uma intervenção abreviada baseada em mindfulness e habilidades socioemocionais para a redução da fadiga por compaixão. Estudos similares constataram que as intervenções baseadas em mindfulness podem ser eficazes na redução dos sintomas psicológicos e na melhoria do seu bem-estar geral. Demonstrando reduções significativas na fadiga por compaixão, esgotamento, estresse, evitação experiencial, aumentos na satisfação com a vida, atenção plena e autocompaixão (Wasson, 2020).

Diante do adoecimento dos cuidadores, novas pesquisas estão sendo realizadas para compreender sobre práticas que possam beneficiar na redução da fadiga por compaixão e seus componentes de burnout e estresse traumático secundário. Um estudo piloto usando um programa de redução de estresse baseado em mindfulness por meio de um aplicativo móvel foi concluído com um grupo de enfermeiros nas forças armadas (Best, 2020). Neste estudo descobriu que as intervenções baseadas em mindfulness podem ser usadas para reduzir os sintomas de fadiga por compaixão em profissionais de saúde militares e que os aplicativos

móveis podem ser usados para fornecer essas intervenções a profissionais separados geograficamente. Sugerindo que o trabalho assíncrono pode favorecer esta população que encontra dificuldades para gerir o tempo de trabalho com o tempo de autocuidado .

Uma revisão sistemática recente sobre mindfulness, compaixão e autocompaixão entre profissionais de saúde (Conversano, 2020) apontou que a atenção plena foi eficaz em melhorar o afeto negativo e a fadiga da compaixão, enquanto a satisfação da compaixão pode estar relacionada ao cultivo do afeto positivo. Esta revisão sistemática resumiu as evidências sobre as qualidades relacionadas à atenção plena e à compaixão dos profissionais de saúde, bem como os efeitos potenciais do MBSR, intervenções relacionadas à atenção plena e à compaixão nas variáveis psicológicas dos profissionais, como atenção plena, autocompaixão e qualidade de vida. Sugerindo que a combinação de treinamentos estruturados de atenção plena e o cultivo da compaixão pode aumentar os efeitos das intervenções.

Acolher experiências de sofrimento é tanto um fator de satisfação quanto de riscos à saúde (Stamm, 2009). Sabe-se que as mesmas habilidades empáticas que podem ter motivado a escolha profissional também podem vulnerabilizar ao burnout e a transtornos traumáticos secundários.

Nesse sentido, a disparidade entre o déficit de competências socio emocionais e a sobrecarga das demandas de cuidado expõe os pacientes e profissionais a sérios riscos de segurança, o que pode afetar profundamente a vida de todos. Talvez seja coerente afirmar que não basta responsabilizar de forma isolada o profissional sobre sua capacidade de auto regulação emocional, e é premente que o compromisso para o desenvolvimento de tais competências seja compartilhado por universidades, cursos técnicos e instituições de saúde. Sendo assim, há uma necessidade crescente para implementação de métodos de treinamento eficazes e baseados em evidências para melhorar as competências socio emocionais de trabalhadores da área da saúde.

Diante da escassez de estudos nacionais que investiguem intervenções reduzidas com mindfulness e psicologia para promoção do bem estar dos profissionais de saúde, os resultados encontrados demonstram que o estudo é promissor para redução da fadiga por compaixão, ansiedade e depressão. Ademais, a realização de intervenções de forma remota mostraram-se promissoras para a participação dos profissionais da saúde.

É importante também considerar as limitações deste estudo. Os resultados descobertos nesta investigação demonstram um impacto favorável na redução da fadiga por compaixão. No entanto, apesar da viabilidade do modelo de intervenção, algumas limitações foram encontradas, as quais devem ser expostas para facilitar futuras pesquisas. O tamanho da amostra foi uma deficiência notável do presente estudo, impedindo a obtenção dos níveis convencionais de significância para vários efeitos simples. Isso se deve ao fato de que, quando confrontado com uma pequena amostra, o aumento dos escores de ansiedade e estresse de um único participante teve um impacto adverso nos resultados gerais do grupo. Além disso, não foi possível estabelecer um grupo de controle devido ao pequeno tamanho da amostra. Para aumentar a credibilidade dos resultados, um acompanhamento pós-intervenção seria benéfico. A dificuldade de um horário viável para um maior número de participantes, mesmo sendo intervenção online, parece ter impactado no tamanho da amostra. As desistências de participação justificadas por oscilações de carga horária, plantões, hora extra nos fazem pensar que a falta de incentivo profissional para participação nos grupos pode interferir na adesão.

CONCLUSÃO

O estudo aponta que um protocolo de intervenção de atenção plena reduzido combinado com exercícios de aprendizagem socioemocional mostrou-se viável para a redução da fadiga por compaixão, e outros indicadores de saúde mental em profissionais de saúde. Os resultados foram influenciados pelo tamanho da amostra, e pesquisas futuras devem incluir um grupo de controle, follow up e uma amostra maior para avaliação de eficácia. Mais pesquisas são sugeridas para replicar o programa, podendo também se estender para além dos ambientes assistenciais, chegando também aos ambientes acadêmicos e de ensino.

REFERÊNCIAS

American Mindfulness Research Association. (2020). Figure 1. Mindfulness journal publications by year, 1980-2019. Retrieved from American Mindfulness Research Association website. <https://goamra.org/resources>.

Auty, K. M., Cope, A., & Liebling, A. (2017). A systematic review and meta-analysis of yoga and mindfulness meditation in prison: Effects on psychological well-being and behavioural functioning. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *61*(6), 689-710.

Barnes, N., Hattan, P., Black, D. S., & Schuman-Olivier, Z. (2017). An examination of mindfulness-based programs in US medical schools. *Mindfulness*, *8*(2), 489-494.

Best, N. I., Durham, C. F., Woods-Giscombe, C., & Waldrop, J. (2020). Combating Compassion Fatigue With Mindfulness Practice in Military Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, *16*(5), ISSN 1555-4155, pp. e57-e60. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.02.023>.

Braun, S. E., Kinser, P. A., & Rybarczyk, B. (2019). Can mindfulness in health care professionals improve patient care? An integrative review and proposed model. *Translational Behavioral Medicine*, *9*(2), 187-201.

Bristow, J. (2019). Mindfulness in politics and public policy. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 87-91.

Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., & Decker, J. T. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: Comparing mental health professionals and MSW student interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *14*(3), 119-130.

Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, *33*(1), 3-13.

Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2018). Mindfulness y Ciencia. De la Tradición a la Modernidad.

Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 11, 1683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>

Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999.

del Carmen Pérez-Fuentes, M., Linares, J. J. G., Jurado, M. D. M. M., Márquez, M. D.M. S., & Martínez, Á. M. (2020). The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.

Decker, J. T., Brown, J. L., Ong, J., & Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction among Social Work Interns. *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 42, pp. 28-42.

Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123.

Demarzo, M. & Garcia-Campayo, J. (2017). Mindfulness Aplicado à Saúde. *Augusto DK, Umpierre RN. PROMEF-Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana*, 125-64.

DeMauro, A. A., Jennings, P. A., Cunningham, T., Fontaine, D., Park, H., & Sheras, P.L. (2019). Mindfulness and caring in professional practice: an interdisciplinary review of qualitative research. *Mindfulness*, 1-16.

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Piarulli, A., Nepa, G., & Conversano, C.

(2019). Disposições de atenção plena e estilo de defesa como respostas positivas ao sofrimento psíquico em profissionais de oncologia. *European Journal of Oncology Nursing* ,

Dobie, A., Tucker, A., Ferrari, M., & Rogers, J. M. (2016). Preliminary evaluation of a brief mindfulness-based stress reduction intervention for mental health professionals. *Australasian Psychiatry*, 24(1), 42-45.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International journal of nursing studies*, 64, 98-107.

Duggan, K., & Julliard, K. (2018). Implementation of a mindfulness moment initiative for healthcare professionals: perceptions of facilitators. *Explore*, 14(1), 44-58.

Enkema, M. C., & Bowen, S. (2017). Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 1-7.

Expósito, J. S., Jiménez-Rodríguez, D., Agea, J. L. D., Izquierdo, M. D. C., & Costa, C.L. (2019). Impact of Socio-Emotional Skills On The Performance of Clinical Nursing Practices. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 1(open-issue).

Felver, J. C., Celis-de Hoyos, C. E., Tezanos, K., & Singh, N. N. (2016). A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*, 7(1), 34-45.

Fuchs, C. H., Haradhvala, N., Evans, D. R., Nash, J. M., Weisberg, R. B., & Uebelacker, L.A. (2016). Implementation of an acceptance-and mindfulness-based group for depression and anxiety in primary care: Initial outcomes. *Families, Systems, & Health*, 34(4), 386.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.

Germer,C; Siegel,R, Fulton,P. (2016). *Mindfulness e psicoterapia*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed.

Gómez-Díaz, M., Delgado-Gómez, M. S., & Gómez-Sánchez, R. (2017). Education, emotions and health: emotional education in nursing. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 492-498.

Gozalo, R. G., Tarrés, J. F., Ayora, A. A., Herrero, M. A., Kareaga, A. A., & Roca, R. F. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 43(4), 207-216.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.

Hirayama, M. S., Milani, D., Rodrigues, R. C. M., Barros, N. F., & Alexandre, N. M. C. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3899- 3914.

Hunt, G. (2017). Understanding and overcoming the effects of compassion fatigue within the veterinary profession. *Veterinary Nursing Journal*, 32(5), 141-143.

Jodi L. Constantine Brown, Jacqueline Ong, Jessica M. Mathers & James T. Decker (2017): Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns, *Journal of Evidence-Informed Social Work* DOI: 10.1080/23761407.2017.1302859 27 625 V

Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total*. São Paulo: Palas Athena.

Kemper, K. J. (2017). Brief online mindfulness training: immediate impact. *Journal of*

evidence-based complementary & alternative medicine, 22(1), 75-80.

Kemper, K. J., McClafferty, H., Wilson, P. M., Serwint, J. R., Batra, M., Mahan, J. D., . & Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. (2019). Do mindfulness and self-compassion predict burnout in pediatric residents?. *Academic Medicine*, 94(6), 876-884.

Kenny, M., Luck, P., & Koerbel, L. (2020). Tending the Field of Mindfulness-Based Programs: The Development of International Integrity Guidelines for Teachers and Teacher Training. *Global Advances in Health and Medicine*, 9, 2164956120923975.

Kerr, C. E., Jones, S. R., Wan, Q., Pritchett, D. L., Wasserman, R. H., Wexler, A., ... & Littenberg, R. (2011). Effects of mindfulness meditation training on anticipatory alpha modulation in primary somatosensory cortex. *Brain research bulletin*, 85(3-4), 96-103.

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519-528.

Kim, R., Ha, J. H., & Jue, J. (2020). The moderating effect of compassion fatigue in the relationship between firefighters' burnout and risk factors in working environment. *Journal of Risk Research*, 1-13.

Kinsella, E. A., Smith, K., Bhanji, S., Shepley, R., Modor, A., & Bertrim, A. (2020). Mindfulness in allied health and social care professional education: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 42(2), 283-295.

Klein, A., Taieb, O., Xavier, S., Baubet, T., & Reyre, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *EXPLORE*, 16(1), 35-43.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians.

JAMA, **302**(12), 1284–93.

Krogh, E., Medeiros, S., Bitran, M., & Langer, Á. I. (2019). Mindfulness and the clinical relationship: steps to a resilience in medicine. *Revista medica de Chile*, *147*(5), 618-627.

Lamothe, M., McDuff, P., Pastore, Y. D., Duval, M., & Sultan, S. (2018). Developing professional caregivers' empathy and emotional competencies through mindfulness- based stress reduction (MBSR): results of two proof-of-concept studies. *BMJ open*, *8*(1), e018421.

Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary therapies in medicine*, *24*, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>

Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of clinical psychology*, *74*(3), 319-355.

Martín-Asuero, A.; Queraltó, J. M.; Pujol-rRbera, E.; Berenguera, A.; Rodriguez-Blanco, T.; Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 34, n. 1, p. 4-12.

Miller, C., Scott, S. D., & Beck, M. (2019). Second victims and mindfulness: a systematic review. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, *24*(3), 108-117.

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian journal of caring sciences*, *31*(4), 662-673.

Mrazek, M. D., Franklin, M. S., Phillips, D. T., Baird, B., & Schooler, J. W. (2013).

Mindfulness training improves working memory capacity and GRE performance while reducing mind wandering. *Psychological science*, 24(5), 776-781.

Nilsson, H. (2016). Socioexistential mindfulness: Bringing empathy and compassion into health care practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(1), 22.

Noddings, N. (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education*. Berkley: University of California Press.

Norman, E. (2017). Metacognition and mindfulness: the role of fringe consciousness. *Mindfulness*, 8(1), 95-100.

Paschali, A, Mitsopoulou E, Tsagarakis V, C Karademas E. (2012). Changes in health perceptions after exposure to human suffering: using discrete emotions to understand underlying processes. *PlosOne*. 7 (4): e35854.

Pérez, V., Menéndez-Crispín, E. J., Sarabia-Cobo, C., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, A., & González-Vaca, J. (2022). Mindfulness-Based Intervention for the Reduction of Compassion Fatigue and Burnout in Nurse Caregivers of Institutionalized Older Persons with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11441. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811441>

Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: Una revisión [Programs based on mindfulness for the treatment of compassion fatigue in health professionals: A review]. *Terapia Psicológica*, 36(2), 71–80. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000200071>

Pires, C. A., Del Tedesco, T., Sardinha, L. S., & de Aquino Lemos, V. (2020). Os efeitos do mindfulness na melhora e prevenção de burnout em profissionais de enfermagem. *Diálogos Interdisciplinares*, 9(4), 19-27.

Proulx, J., Croff, R., Oken, B., Aldwin, CM, Fleming, C., Bergen-Cico, D., ... &

Noorani,(2018). Considerações para pesquisa e desenvolvimento de intervenções de mindfulness culturalmente relevantes em comunidades de minorias americanas. *Mindfulness*.

Rashid,T. Seligman, M. (2019). Psicoterapia positiva: manual do terapeuta (2019). Porto Alegre: Artmed.

Reis RS, Hino AA, Añez CR. (2010). Perceived stress scale: Reliability and validity study in Brazil. *Journal Health Psychology*.; 15: 107 – 114.

Reis, S. P. S. (2018). Empatia afetiva e cognitiva e o fenótipo ampliado do autismo: Adaptação Transcultural e Validação de Medidas.

Rider, E. A., Kurtz, S., Slade, D., Longmaid III, H. E., Ho, M. J., Pun, J. K. H.& Branch Jr, W. T. (2014). The International Charter for Human Values in Healthcare: an interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient education and counseling*, 96(3), 273-280.

Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. D. M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 127- 140.

Rycroft-Malone, J., Gradinger, F., Griffiths, H. O., Anderson, R., Crane, R. S., Gibson, A., ... & Kuyken, W. (2019). ‘Mind the gaps’: the accessibility and implementation of an effective depression relapse prevention programme in UK NHS services: learning from mindfulness-based cognitive therapy through a mixed-methods study. *BMJ open*,

Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausili, D., & Strepparava,M. G. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 765-774.

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2),

429-440.

Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary nurse*, 52(2-3), 300-312.

Silva, I. N., Pereira, V. A., & Araújo, L. C. N. (2018). Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. *Gep News*, 1(1), 02-07.

Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: an empirical model. *Journal of pain and symptom management*, 51(2), 193-203.

Souza, L. K. D., & Hutz, C. S. (2016). Adaptação da escala de autocompaixão para uso no Brasil: evidências de validade de construto. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172.

Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29-38.

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.

Stancel, K., Russo, C., Koskelainen, M., Papazoglou, K., & Tuttle, B.M. (2019). Police moral injury, compassion fatigue, and compassion satisfaction: a brief report. *Salus Journal*, 7(1), 42.

Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore*, 13(5), 319-326.

Tamura, N., Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Morishita, J., Ninomiya, A., ... & Fujisawa, D. (2020). Study protocol for evaluating the efficacy of Mindfulness for Health Professionals Building Resilience and Compassion program: a randomized, waiting-list controlled trial. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*, 2(2), e22.

Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., ... & Fox, K. C. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on psychological science*, 13(1), 36-61.

Vinson, A. H., & Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social Science & Medicine*, 112904.

Wasson, R. S., Barratt, C., & O'Brien, W. H. (2020). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Self-compassion in Health Care Professionals: a Meta-analysis. *Mindfulness*, 11(8), 1914–1934. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01342-5>

Yang, S., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Is mindfulness associated with stress and burnout among mental health professionals in Singapore?. *Psychology, health & medicine*, 22(6), 673-679.

Yip, S. Y., Mak, W. W., Chio, F. H., & Law, R. W. (2017). The mediating role of self-compassion between mindfulness and compassion fatigue among therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8(2), 460-470.

Zaidi, S. M. I. H., Yaqoob, N., & Saeed, H. (2017). Compassion satisfaction, secondary traumatic stress and burnout among rescuers. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*, 31(3).

Ziaian-Ghafari, N., & Berg, D. H. (2019). Compassion fatigue: The experiences of teachers working with students with exceptionalities. *Exceptionality Education International*,

Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults

with advanced cancer: a systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68-78.

APÊNDICES

APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO INICIAL

Parte I

Este estudo vem do interesse dos pesquisadores em contribuir para uma melhor formação profissional na área da saúde. Os dados deste estudo podem oferecer subsídios para o aperfeiçoamento de treinamentos de habilidades socioemocionais necessárias para a atuação profissional em contextos de saúde e alta complexidade.

1. Você é um profissional da Saúde?*

Sim Não

2. Atua ou já atuou em um hospital *

Sim Não

Parte II

Este questionário tem o intuito de obter informações como idade, endereço, escolaridade, estado civil, raça, religião, renda, etc., para que o pesquisador possa conhecer melhor o(a) senhor (a).

3. Idade* _____

4. Sexo*

Masculino Feminino

5. Estado civil*

Em um relacionamento estável Solteiro (a) Viuvo (a)

6. Em relação à religião, você diria que é:*

Ateísta

Católico

Acredito em Deus, mas não sigo

Testemunha de Jeová

nenhuma religião

Evangélico

- Espírita Outro
 Budista

7. No último ano você vivenciou alguma das situações relacionadas abaixo:

- Fim de um relacionamento amoroso doméstico
 Morte de um ente querido Afastamento de suas atividades por
 Doença grave na família algum transtorno emocional
 Episódio de violência urbana Bullying ou assédio moral
 Conflito persistente no ambiente

8. Aponte na régua abaixo o quanto se sente apoiado por seus superiores:*

- Sem apoio Extremamente apoiado
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Aponte na régua abaixo o quanto se sente apoiado por seus colegas de trabalho:*

- Sem apoio Extremamente apoiado
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Aponte na régua abaixo o quanto se sente apoiado por seus familiares:*

- Sem apoio Extremamente apoiado
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Aponte na régua abaixo o quanto se sente apoiado por seus amigos:*

- Sem apoio Extremamente apoiado
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Aponte na régua abaixo o quanto se sente satisfeito com sua atuação profissional:*

- Não satisfeito Extremamente satisfeito
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. A quanto tempo trabalha em hospitais?*

- a menos de 1 ano de 4 anos a 5
 de 1 ano a 2 de 5 anos a 6
 de 2 anos a 3 mais de 6 anos
 de 3 anos a 4

14. Qual é a sua profissão?*

15. Qual setor do hospital que voce trabalha hoje?*

Parte III (Apenas na 2ª e 3ª avaliação)

16. Você conseguiu implementar as práticas de mindfulness em sua rotina?
17. Com quem frequência tem realizado as práticas formais de mindfulness?
18. Percebe alguma influência das práticas no seu trabalho?

APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução n° 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: PROGRAMA DE MINDFULNESS E HABILIDADES SOCIO EMOCIONAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE: ESTUDO CONTROLADO RANDOMIZADO



Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem (definir a condição do paciente que foi incluso na pesquisa), que poderá aumentar o conhecimento a respeito de mindfulness e promoção de saúde mental, com o título “PROGRAMA DE MINDFULNESS E HABILIDADES SOCIO EMOCIONAIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE: ESTUDO CONTROLADO RANDOMIZADO”.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar os modelos de suporte e treinamento para promoção de saúde mental em profissionais da saúde.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

Profissionais da saúde estão expostos constantemente a estressores relacionados a suas práticas habituais de cuidado que podem vulnerabilizar seu bem estar e saúde mental. Este estudo irá avaliar os efeitos de uma proposta de intervenção individual baseada em mindfulness a partir de 6 encontros semanais de 2 horas adaptada do programa de Promoção de Saúde Baseada em Mindfulness (MPHP) a ser realizado à distância em Plataforma On-line, e com instrutor em tempo real (ao vivo).

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Os participantes que concordarem em participar do estudo responderão ao protocolo

de coleta de dados em formato digital por meio do Google Forms e responderão em dois momentos a questionários sobre saúde mental, qualidade de vida no trabalho, autocompaixão, e entrevista estruturada (antes do início do programa e na oitava sessão). Em seguida haverá um grupo experimental intervenções baseada em Mindfulness para profissionais da saúde com 6 sessões on-line e ao vivo)

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os riscos de participação neste estudo envolvem potencial desencadeamento de desconforto emocional frente a temas abordados nos instrumentos de coleta de dados e contato com emoções e sensações desagradáveis durante as práticas.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este



estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo. Caso aceite participar desse estudo receberá em seu e-mail uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o **pesquisador responsável** Randolfo dos Santos Junior pelo e-mail randolfo.junior@famerp.br ou ainda pelo telefone: 17 99638-0378, no endereço: Departamento de Psicologia - FAMERP, Avenida Brigadeiro Faria Lima nos horários 7h as 17h.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email:

cepfamerp@famerp.br, localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto/SP no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta.

O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.



Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo colocado minha rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior

Participante da pesquisa
(nome e assinatura) 1

ANEXOS

ANEXO 1- Escala de autocompaixão

Por favor, para cada frase, marque com um "X" a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico "pra baixo", não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico "pra baixo", sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico "pra baixo", tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

Nota. O escore geral é calculado a partir da soma dos pontos marcados em cada item, divididos por 26. Os seguintes itens devem ser invertidos para o cálculo do escore geral da escala: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25.

ANEXO 2 – ProQol-BR

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas e você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).

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

q1- Sinto-me feliz.	
q2- Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	
q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	
q4- Sinto-me ligado aos outros.	
q5- Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	
q6- Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	
q7- Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	
q8- Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	
q9- Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.	
q10- Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	
q11- Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	
q12- Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	
q13- Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	
q14- Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	
q15- Tenho crenças que me sustentam.	
q16- Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	
q17- Sou a pessoa que sempre desejei ser.	
q18- Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	
q19- Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	
q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	
q22- Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	
q24- Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	
q25- Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
q26- Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	
q27- Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	
q30- Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

ANEXO 3- DASS-21

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
 Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3