

Pedro Henrique Ribeiro Santiago

**AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE
MEDITAÇÃO MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO
ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Coletiva.
Orientadora: Profa. Dra. Cláudia
Flemming Colussi

Florianópolis, (SC)

2017

Pedro Henrique Ribeiro Santiago

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santiago, Pedro Henrique Ribeiro
Avaliação da Viabilidade de um programa de meditação
mindfulness para redução do estresse organizacional em
profissionais da atenção básica / Pedro Henrique Ribeiro
Santiago ; orientadora, Cláudia Fle - Florianópolis, SC,
2017.
208 p.

Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Práticas integrativas e
complementares. 3. Atenção Primária. 4. Atenção Primária à
Saúde. 5. Estudos de Viabilidade. I. Fle, Cláudia. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

**AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE
MEDITAÇÃO MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO
ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, e aprovado em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 19 de Janeiro de 2017.

Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda
Coordenadora do Curso

Banca examinadora:

Prof.^a Cláudia Flemming Colussi, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Sônia Natal, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Daniela Alba Nickel, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Dr. (Videoconferência)
Universidade Federal de São Paulo

Dedico essa dissertação à minha família *Nicole, Tetê e Diógenes* e à minha orientadora *Cláudia*. A presença de vocês significou tudo pra mim!

“Even if unwholesome action fills worlds upon worlds, and swallows up all things upon all things, refrain from is emancipation” - Shobogenzo, 1240 (Eihei Dogen)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à minha família. Quando criança lembro de ter sempre livros em casa. Lembro uma vez quando ganhei um velho livro que era uma versão adaptada do Robinson Crusoé e passava as tardes lendo e olhando as figuras, imaginando as aventuras dele perdido na ilha com o seu cachorro e o índio Sexta-Feira. Lembro também dos meus pais me contando na varanda a noite sobre o que era uma universidade federal e seus méritos, como lá estudavam os melhores alunos do país! São memórias longínquas da minha infância que certamente deram forma a quem eu seria posteriormente. O apoio continuou sem cessar durante todos esses anos, de colégio, de graduação, de troca de graduação, de entrada no mercado de trabalho e até agora na pós-graduação. Eu nunca teria conseguido de outra forma, não teria chego nem perto de fato. Serei eternamente grato de coração pelos pais que tive. E à minha irmã porque a amo demais!

Em segundo lugar à minha professora orientadora Cláudia Flemming Colussi. Não falo só como orientando mas como aluno seu que fui em disciplinas e mesmo no estágio docência. Sua calma, capacidade de ter empatia com as dificuldades do aluno, disposição incansável de ensinar e ajudar, proporcionam a criação de um verdadeiro ambiente de ensino-aprendizagem. E isso faz toda a diferença no dia-a-dia dos alunos. Como orientando, obrigado por me ensinar tudo o que sei sobre Avaliação em Saúde, todo o fruto dessa trabalho vem do que aprendi com você. Obrigado por acreditar em mim tantas vezes. Você fez por mim e me ajudou muito mais do que era necessário. Mais do que isso, acho humildemente que formamos um bom time. Sua presença positiva não só trouxe os frutos de agora bem como irá trazer ainda muitos frutos futuros na minha vida e da minha família. Conte comigo pra sempre.

Em terceiro lugar desejo agradecer ao médico Leonardo Meira Valle não só por ter trabalhado comigo ao longo dos grupos de meditação mas por ter se tornado um dos melhores amigos que fiz nos últimos tempos. Sua visão ampliada acerca de terapias mente e corpo e do processo saúde adoecimento é um alívio e uma prática necessária para se fugir de um sistema cada vez mais medicalizante e medicamentalizante, pautado não em retirar o sofrimento das pessoas

mas muitas vezes na busca gananciosa do lucro. A falta das nossas discussões semanais já é e será sentida.

Obrigado também à toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, à Roberta, Bárbara e Franciely que acolheram o nosso projeto, bem como a todos os profissionais da atenção básica cuja participação ativa deram grande qualidade e vida aos grupos.

Obrigado à minha amiga Aline Archer, cuja disposição contínua em me ajudar desde nossa época de graduação foi crucial em momentos chave da minha vida e suas orientações foram precisas e extremamente relevantes em outros. Tenho certeza, como sempre tive, de que você está se construindo uma psicóloga tão qualificada e excelente quanto possível. Obrigado ao meu amigo Gustavo Pereira pelo compartilhamento da idéia, à minha amiga Monique Lins por ser uma amiga de todas as horas, à minha amiga Elis Monteiro pelo companheirismo e momentos de diversão e à minha amiga Thaíssa Bessa por ter me ajudado em um momento crítico. Obrigado aos meus amigos do Bonde da Serrinha por terem feito esse um ano e meio tão divertidos, afinal a vida não é só de citações e artigos científicos, bem como por terem me ensinado a como me comportar e agir dando o exemplo.

Obrigado à professora Alexandra Boing por ter sido minha amiga e me convidado a participar do grupo de Farmacoepidemiologia ainda no começo do mestrado, à professora Josimari Telino por ter sempre me ajudado e ter sido crucial ao me orientar sobre uma decisão importante em minha vida, ao professor Fernando Hellman por estar sempre disponível e me ajudar no congresso e ao professor Fabrício Menegon por ter sido tão importante em minha pesquisa.

Desejo agradecer à minha psicóloga de uma década Paula Susin. Você é uma verdadeira psicóloga no coração. Só nós sabemos as nossas sessões e as vitórias que conquistamos juntos. Desejo agradecer ao meu mestre e professor de meditação, *sensei* Reverendo Monge Meihô Genshō. O seu trabalho tem desabrochado flores no passado, presente e futuro, feito pessoas desabrocharem em flores, os méritos desse trabalho refletiram imensamente no meu trabalho e não são possíveis de serem calculados. Quero agradecer ao Prof. Hector Bessa por ter me deixado participar do grupo de mindfulness do Projeto Amanhecer e cuja sensibilidade tem ajudado diversos alunos da UFSC.

Quero agradecer por fim a todos os que estiveram presentes em minha trajetória. Levei uma vida extremamente rica até agora e grande parte disso é devido às pessoas com quem pude conviver.

RESUMO

Os profissionais da atenção básica, devido à natureza do seu trabalho e dos atuais aspectos organizacionais do contexto brasileiro, podem experimentar estresse organizacional. Uma Prática Integrativa e Complementar que crescente evidência científica têm indicado como capaz de reduzir o estresse organizacional é a meditação mindfulness. Apesar de ter sua eficácia demonstrada por pesquisas, não há ainda evidências sobre a viabilidade de programas de mindfulness para o contexto específico da atenção básica do Sistema Único de Saúde. O presente trabalho, através de uma matriz avaliativa, avalia se um programa de meditação mindfulness é viável no contexto da atenção básica, bem como classifica o programa e seus componentes em níveis de viabilidade. Os resultados indicam que a atenção básica já dispõe do espaço e materiais necessários para a realização do programa. Além disso, o Sistema Único de Saúde favorece ações voltadas a saúde do trabalhador, o que é um facilitador para a sua implementação. Uma barreira crítica pode ser a extensão do programa em relação ao número de semanas e horas, além da dificuldade em encontrar instrutores de mindfulness com a formação completa recomendada. Os resultados indicam também que há demanda pela intervenção, já que os profissionais da atenção básica percebem a si e aos colegas como estressados. Por fim, os profissionais aceitaram o programa por considerar-lhe útil para a redução do estresse e o recomendariam para colegas de trabalho. O programa de meditação mindfulness foi julgado como viável para o contexto da atenção básica.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares 1. Atenção Plena 2. Atenção Primária à Saúde 3. Esgotamento Profissional 4. Estudos de Viabilidade 5.

ABSTRACT

Primary care professionals, due to the nature of their work and the actual organizational aspects of Brazilian health system, can experience organizational stress. An integrative and complementary therapy which a growing body of scientific evidence is showing as capable of reducing stress is mindfulness meditation. Although having the efficacy demonstrated by research, there is still no evidence about the feasibility of mindfulness based programs for the specific context of the primary care of the Sistema Único de Saúde. This paper aims, through the use of an evaluation matrix, to evaluate the feasibility of a mindfulness meditation program in the context of primary care, as well as to assess the feasibility levels of different components of the program and of the program itself. The results show that the primary care context already disposes from the necessary material and physical space to execute the program. The Sistema Único de Saúde also favors action aiming to promote workers' health, which is a facilitator for implementation. A critical barrier can be the program extension in number of weeks and hours, besides the difficulty in finding professionals with the complete formation required. The data shows that there is demand for the intervention, since the primary care professionals feel themselves and their colleagues as being stressed. Although retention rates could be higher, the professionals accepted the program as useful to reduce stress and would recommend it for other primary care professionals. The mindfulness based program was evaluated as feasible in the context of Brazilian primary care.

Keywords: Integrative and complementary therapies 1. Mindfulness 2. Primary care 3. Organizational stress 4. Feasibility studies 5.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Espectro da atenção à saúde.....	39
Figura 2. Modelo teórico lógico da viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.	74
Quadro 1. Matriz avaliativa da viabilidade de um programa de meditação mindfulness.....	79
Quadro 1. Matriz avaliativa da viabilidade de um programa de meditação mindfulness.....	79
Quadro 2. Medidas, parâmetros, tipo de coleta e definição de cada indicador.....	81
Quadro 3. Matriz de julgamento da viabilidade de um programa de meditação mindfulness.....	98
Quadro 4. Matriz Avaliativa da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness.....	121
Quadro 5. Julgamento de valor dos indicadores de acordo com parâmetros e resultados obtidos.	127
Quadro 6. Matriz de Julgamento da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica.....	156
Quadro 7. Matriz Avaliativa da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica com Julgamento de Valor acerca dos Níveis de Viabilidade.....	160

LISTA DE ABREVIATURAS

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 ESTRESSE ORGANIZACIONAL: O ESTRESSE RELACIONADO AO TRABALHO	23
2.1.1 A Síndrome do Burnout	24
2.2. ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE	26
2.2.1 Estresse organizacional em profissionais da Atenção Primária	27
2.3 INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL.....	30
2.3.1 Práticas Integrativas e Complementares: uma possibilidade de intervenção	33
2.3.2 A promoção do Autocuidado para o manejo do estresse	38
2.4 INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL.....	40
2.4.1 O conceito de Mindfulness e o mecanismo de ação para redução de estresse.....	43
2.4.2 Intervenções baseadas em mindfulness para profissionais da saúde	47
2.5 VIABILIDADE DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS.....	49
3. OBJETIVOS.....	59
4. METODOLOGIA	61
5. RESULTADOS.....	67
5.1 ARTIGO 1.....	67

5.2 ARTIGO 2	117
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
APÊNDICE A - Instrumentos de coleta.....	191
ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP	201
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	205

1. INTRODUÇÃO

Uma questão crítica atual no contexto da saúde coletiva, que é encontrada e reportada ao longo de todo o mundo, é o estresse organizacional e esgotamento emocional experimentado por profissionais da saúde (LAMOTHE et al., 2016).

Dentre as diversas categorias profissionais, existem algumas razões pelas quais especificamente os profissionais de saúde apresentam prevalente estresse organizacional e esgotamento emocional decorrente do exercício de sua profissão. Os profissionais da saúde são aqueles que lidam diretamente com o sofrimento humano. No seu dia-a-dia de trabalho, em seu contato com o usuário, presenciam doença, dor e muitas vezes morte. Parte de seu exercício profissional está na realização de procedimentos que, embora tenham efeitos curativos, infringem sofrimento momentâneo no paciente (MELO; GOMES; CRUZ, 1997). Ou seja, cuidar daqueles que estão sofrendo torna-se uma fonte de estresse, um fenômeno descrito como “fadiga da compaixão” (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007). Portanto, ainda que fatores da estrutura organizacional possam frequentemente tornar-se agente estressores para os profissionais - como o excesso de trabalho, a escassez de recursos adequados, a falta de supervisão, dentre outros - o trabalho do profissional da saúde em si, independente do local onde atua, já contém diversas demandas inerentes ao ato de cuidar de outro indivíduo.

O cuidado ao usuário é importante mas o sistema de saúde tem estratégias relevantes para cuidar também dos profissionais que nele atuam?

Nesse contexto, levando em consideração que o estresse organizacional experimentado por profissionais da saúde diz respeito não somente à estrutura organizacional mas também à demandas inerentes ao seu processo de trabalho no ato de cuidar, faz-se necessário não apenas intervenções que foquem em modificar fatores organizacionais. Faz-se necessário também intervenções de redução do estresse que sejam eficazes em, através do aprendizado de novos comportamentos, instrumentalizar os profissionais da atenção básica a lidarem com o estresse organizacional e o esgotamento emocional que podem surgir diante os desafios de sua prática profissional.

Deve-se ressaltar, contudo, que o objetivo do presente trabalho não é ignorar que os fatores organizacionais, muitas vezes constituídos através de uma lógica de busca pela produtividade e lucro, são importantes fontes de estresse para o trabalhador e que geram

sofrimento naqueles que não se adequam aos padrões exigidos, bem como não é ignorar a importância de intervenções destinadas a modificar a estrutura organizacional. Intervenções de redução de estresse que buscam ensinar aos profissionais novos comportamentos podem ser utilizadas para mascarar uma estrutura organizacional que gera sofrimento através da culpabilização dos próprios profissionais: é individualizado o problema através da significação de que o profissional é que não teria sido capaz de lidar com o ambiente ou prevenir-se adequadamente (CAMILO; CRUZ; GOMES, 2015). O presente trabalho compreende que uma intervenção, que envolva o ensino de novos comportamentos para os profissionais, verdadeiramente eficaz para redução de estresse, deve ensiná-los também a perceber os agentes estressores decorrentes de fatores organizacionais visando a sua futura modificação e não perpetuação, ao invés de ser uma intervenção que culpabiliza o indivíduo e que acaba por reforçar estes mesmos padrões nocivos existentes nas organizações. A intervenção para redução do estresse deve ter uma fundação ética, visando modificar e melhorar as relações existentes no ambiente de trabalho, bem como promover o bem-estar verdadeiro dos trabalhadores (HYLAND, 2015).

Uma intervenção de redução do estresse adequada para os profissionais da atenção básica deve ser, além de eficaz, também viável para ser implementada no contexto organizacional específico do Sistema Único de Saúde em que estes profissionais estão inseridos. É necessário também que esta se adeque ao financiamento disponível, que se adapte à estrutura organizacional de forma a possibilitar a adesão dos participantes, que consiga abranger as diversas categorias profissionais que compõe a atenção básica e que seja bem aceita pelos envolvidos.

O tipo de estudo que visa avaliar o nível que uma intervenção é viável em um determinado contexto do mundo real é chamado de avaliação de viabilidade (CHEN, 2010). A avaliação da viabilidade tem como uma de suas finalidades permitir a identificação de possíveis fatores, no programa ou no sistema, cuja modificação é necessária e identificar se é possível efetuar-la, com o objetivo de que, efetuando estas modificações, o programa possa então ser realizado adequadamente. A avaliação da viabilidade, portanto, irá indicar, após analisar fatores que são barreira ou facilitadores, modificações que poderão ser efetivadas no processo de implementação.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTRESSE ORGANIZACIONAL: O ESTRESSE RELACIONADO AO TRABALHO

Ainda que o conceito de estresse seja muito antigo, Seyle (2013) foi o primeiro autor a analisar o termo através dos termos precisos da ciência e mostrar as implicações biológicas do estresse. Seyle definiu estresse como uma resposta não específica do organismo diante de qualquer situação que ameace a homeostase do indivíduo, gerando a necessidade de mobilização para enfrentar o evento causador do desequilíbrio biopsicossocial (SANTOS; JUNIOR, 2007).

Pode-se, portanto, compreender o estresse como um desgaste geral do organismo, causado por alterações psicofisiológicas desprazerosas que ocorrem quando o sujeito é forçado a enfrentar situações que o amedrontem, que possuem demandas, que o excitam ou mesmo que o irrite (MOTOWIDLO; PACKARD; MANNING, 1986; PAFARO; MARTINO, 2004; SELYE, 1976).

Seyle (1976) concebeu o estresse como um processo, que denominou de Síndrome de Adaptação Geral. Ao ser continuamente exposto a agentes estressores, que são todos os eventos que possam causar a ruptura da homeostase ou gerar reações psicofisiológicas desprazerosas no indivíduo demandando por parte deste uma adaptação, ocorrem reações gerais do organismo que se dão em três fases distintas (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006; JUNIOR; NETO, 2010).

A primeira fase, chamada “fase de alarme”, consiste no momento inicial da resposta ao agente estressor e consiste em reações biológicas como taquicardia, sudorese, sensação de esgotamento, aumento ou queda da pressão arterial, tensão muscular, dentre outras. Caso a exposição ao agente estressor cesse, os parâmetros biológicos voltam ao estado normal de homeostase. No entanto, permanecendo a exposição, o indivíduo irá experimentar a segunda fase, chamada de “fase de resistência”. Nesta fase as manifestações fisiológicas agudas desaparecem e há uma predominância de reações psicossociais, como sensação de medo e nervosismo, que irão também desaparecer caso os agentes estressores cessem. Contudo, se o indivíduo ainda continuar exposto aos estressores passa-se então para a terceira e última fase da Síndrome de Adaptação Geral denominada como “fase de exaustão”, onde há o retorno das reações agudas e onde pode ocorrer o colapso

total do organismo (BACHION et al., 1998; FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

O trabalho de pesquisadores nas últimas décadas e a preocupação da comunidade científica com o estresse está relacionada com o sofrimento e os diferentes graus de adoecimento que este fenômeno provoca nos indivíduos (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os agentes estressores, bem como uma exposição continuada a estes, podem ocorrer no ambiente de trabalho. O estresse experimentado pelo indivíduo em relação aos fatores existentes no seu ambiente trabalho é denominado estresse organizacional ou estresse ocupacional (MCINTYRE, 1994).

O trabalho, como uma ação social humana, pode ser compreendido como o processo de interação com a natureza, mediado por instrumentos fabricados, onde o homem é capaz de produzir o meio em que vive ao mesmo tempo em que é modificado por este. Contudo, no capitalismo contemporâneo, as mudanças tecnológicas no processo produtivo do trabalho, com crescente busca por maiores lucros, refletiram em maiores demandas ao trabalhador no que se refere à sua produtividade. Busca-se, através de práticas de controle e regulação, extrair o máximo rendimento dos profissionais e adaptá-los tão breve quanto possível à cultura organizacional. Estas demandas podem-se tornar agentes estressores e gerar sofrimento e exclusão daqueles que não conseguem se adequar a estes pré-estabelecidos padrões de conduta. Estas mudanças históricas fez o trabalho, ao contrário de antes, tornar-se um agente etiológico prevalente e relevante em nossa sociedade (CAMILO; CRUZ; GOMES, 2015; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Quando os indivíduos experimentam estresse organizacional, através de demandas em seu ambiente de trabalho que não são capazes de lidar, há os efeitos nocivos ao organismo associados ao estresse, levando a sofrimento e adoecimento (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

2.1.1 A Síndrome do Burnout

O estresse organizacional, quando crônico e persistente, pode evoluir para a denominada síndrome do *burnout* (CARVALHO; MALAGRIS, 2007). O *burnout*, que é o esgotamento profissional, pode ser compreendido como uma experiência psicológica que é experimentada pelo indivíduo em decorrência da exposição continuada

ao estresse em seu ambiente de trabalho, gerando insatisfação e problemas no relacionamento interpessoal, minando o desempenho profissional e levando a comportamentos de fuga e esquiva como absenteísmo e abandono do emprego (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). A definição de síndrome de *burnout* mais aceita na comunidade científica é a que possui fundamentação na perspectiva social-psicológica e que a compreende como um processo constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. (ROSA; CARLOTTO, 2005).

O processo de exaustão emocional é considerado como primeira etapa e fator central na síndrome do *burnout* e pode ser definido por sentimentos de desgaste físico e emocional. O profissional sente que está sendo super exigido e que seus recursos emocionais para lidar com a situação estão reduzidos, ao experimentar no ambiente de trabalho um contato diário e persistente com diversas demandas e problemas. (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002; CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

Outra dimensão da síndrome de *burnout* é a despersonalização, que é um progressivo desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, tal qual o cinismo, em relação a outros atores envolvidos no processo de trabalho, como usuários e outros funcionários. Esta dimensão afeta principalmente profissionais cuja ocupação envolvem contato com o público, por exemplo os profissionais da saúde. Por fim, a terceira dimensão da síndrome constitui-se da falta de envolvimento pessoal e realização no trabalho. O profissional não encontra mais realização e envolvimento com o seu trabalho e isto acaba afetando diretamente a motivação para a execução com qualidade das tarefas (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999; SILVA et al., 2015).

O termo ‘*burnout*’ em português poderia ser traduzido como ‘perder o fogo’, ‘perder a energia’ ou ‘queimar para fora’. A escolha deste termo para designar a síndrome dá-se pois o trabalhar passa a não mais enxergar sentido em seu trabalho, já que seus esforços e motivação foram “queimados” até extinguir-se e o resultado de suas ações aparentemente não importam mais, parecendo-lhe inúteis (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

A síndrome de *burnout* desperta atenção e preocupação não só da comunidade científica internacional mas também de sindicatos, empresas e entidades governamentais, devido à severidade dos seus efeitos individuais para o profissional e, conseqüentemente, para a organização como um todo (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O estresse no ambiente de trabalho e o esgotamento devido a este, a síndrome de *burnout*, têm como algumas de suas consequências negativas o aumento do absenteísmo, menor produtividade e erros de desempenho, problemas familiares, invalidez e morte prematura. Consequências graves da síndrome também observadas naqueles que a experimentam são a toxicod dependência e o suicídio (MCINTYRE, 1994).

2.2. ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os profissionais da saúde estão entre aqueles que possuem maior prevalência de estresse organizacional e da síndrome de *burnout*, em função do seu trabalho envolver diretamente o cuidado ao outro (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

A literatura aponta que um dos fatores que faz os profissionais de saúde serem particularmente afetados pelo estresse organizacional e suscetíveis à síndrome do *burnout* é devido a estes estarem envolvidos no exercício de suas funções com situações de deficiência e lesões graves, dor físicas, sofrimento e muitas vezes morte (MELO; GOMES; CRUZ, 1997). Ainda que muitos dos profissionais da saúde escolham esta ocupação com a intenção de ajudar outros seres humanos, o contato com os doentes e usuários do sistema de saúde pode se tornar uma fonte de estresse (MCINTYRE, 1994). Ou seja, cuidar daqueles que estão emocionalmente estressados ou sofrendo torna-se uma fonte de estresse, um fenômeno que é denominado de “fadiga da compaixão” (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007).

Além disso, os profissionais da saúde diversas vezes não só testemunham sofrimento mas também tem de infringir ou administrá-lo através de testes e procedimentos. Decisões erradas podem agravar lesões ou doenças e até mesmo causar óbito do paciente (MELO; GOMES; CRUZ, 1997). Por exemplo, em especialidades como hematologia e oncologia, os profissionais de saúde diariamente vivem situações que envolvem a morte de pacientes (LAMOTHE et al., 2016).

Por estudos demonstrarem que o estado físico e mental dos profissionais de saúde está implicado na qualidade do atendimento assistencial, o estresse pode também ocasionar prejuízos no cuidado ao usuário do serviço (CARVALHO; MALAGRIS, 2007). Tal prejuízo se dá não apenas devido a problemas no desempenho técnico mas também no âmbito relacional, já que quando o profissional experimenta a dimensão da despersonalização, como é o caso na síndrome do *burnout*,

o vínculo afetivo é substituído por um racional, ocasionando a perda do sentimento de que se está lidando com outro ser humano. O profissional apresenta irritabilidade e uma “coisificação” do outro envolvido na relação, como se não estivesse mais em contato com uma pessoa mas somente com um objeto (MCINTYRE, 1994).

De acordo com os dados da Previdência Social, no Brasil em 2007 um total de 4,2 milhões de pessoas estiveram afastadas do trabalho e 3,852 foram diagnosticadas com a síndrome de *burnout*. A síndrome de *burnout*, em território nacional, apresenta a prevalência de 10% dentre todos os profissionais da saúde (SILVA et al., 2015).

2.2.1 Estresse organizacional em profissionais da Atenção Primária

Uma vez que todos os serviços e ações em saúde prestados em um sistema de saúde são divididos de acordo com os níveis de atenção, diferentes demandas e exigências irão incidir sobre os profissionais de saúde que trabalham alocados nos diferentes níveis, condicionando o estresse organizacional a estes diferentes contextos organizacionais (FALGUERAS, 2015). Ao passo que existe um elevado número de estudos sobre estresse organizacional em profissionais da atenção terciária, o número de trabalhos que busca identificar a relação de ambos com as contingências da atenção primária vêm ganhando destaque somente nos últimos dez anos (SILVA et al., 2015; MORELLI; SAPEDE; DA SILVA, 2015).

A literatura aponta que o estresse organizacional e esgotamento experimentado por profissionais da atenção primária é elevado. Estudos têm encontrado resultados semelhantes, indicando a presença de estresse em mais de 60% de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. A elevada prevalência de estresse organizacional acaba levando à ocorrência de adoecimento e enfermidades entre os profissionais como depressão, distúrbios cardíaco-vasculares, imunológicos, psicossomáticos, entre outros (LEONELLI, 2013). Dentre as diversas categorias profissionais presentes na atenção básica, estudos têm indicado que enfermeiros efetivos e agentes comunitários são os que possuem maior risco de desenvolver estresse organizacional e esgotamento emocional (ATANES et al., 2015).

Já que a atenção primária é configurada como a base e porta de entrada do sistema de saúde, sendo responsável não somente por coordenar o cuidado mas também por realizar o acompanhamento longitudinal e integral dos usuários, o estresse organizacional e a síndrome do *burnout* tem consequências não somente para o profissional

da atenção primária mas também para o efetivo funcionamento do sistema de saúde como um todo, resultando em uma demanda pelo cuidado da saúde dos profissionais que atuam no nível da atenção básica (SILVA et al., 2015; MORELLI; SAPEDE; DA SILVA, 2015).

No que se refere aos profissionais da saúde como um todo, a classe de agentes estressores mais característica é o relacionamento interpessoal (MARTINS et al., 2014). Esta classe de agente estressores faz-se muito presente no trabalho dos profissionais da atenção primária, já que por terem como orientação do seu processo de trabalho criar um estreito vínculo com o território adscrito e a comunidade que neste reside, buscando a integralidade a longitudinalidade no acompanhamento destes usuários, desenvolvem uma vinculação e um grau de envolvimento maior com o paciente do que outros profissionais da saúde em consultas especializadas (MAISSIAT et al., 2015). Alguns autores, por exemplo, como Muñoz et al. (2003) verificaram uma prevalência maior da síndrome de *burnout* em médicos da atenção primária ao compará-los com médicos hospitalares.

Além destes aspectos, que são características fundamentais da proposta de atenção primária e que conformam e qualificam o relacionamento interpessoal do profissional de saúde deste nível com o usuário, no contexto nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) diversas políticas têm também um impacto direto sobre estes profissionais ao orientarem como pode se dar o contato do profissional da Atenção Básica com o usuário do sistema.

A Política Nacional de Humanização, por exemplo, tem como objetivo colocar em prática as diretrizes do SUS e orientar a prática dos profissionais, dentre eles aqueles que atuam na atenção básica. A PNH surge como uma resposta ao fato de que muitos profissionais de saúde mostravam-se despreparados para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, bem como o fato de que fatores organizacionais estavam alienando o profissional em relação ao seu processo de trabalho. Desta forma, a política define humanização como a valorização não só do usuário, mas sim dos diversos sujeitos implicados na produção de saúde, dentre eles os profissionais (SCHOLZE et al., 2009).

Um dos aspectos que mais destacou-se com o publicação da Política Nacional de Humanização é a diretriz da humanização baseada no acolhimento. A proposta de humanização baseada no acolhimento busca criar no serviço de saúde um espaço que permita a realização da escuta qualificada, estabelecendo assim um contato interpessoal diferenciado entre profissional da saúde e usuário, favorecendo o cuidado integral. No entanto, estas orientações aos profissionais de

como comportar-se, tal qual a orientação de realizar o acolhimento e a escuta qualificada, embora criem novas oportunidades de humanização e melhor cuidado com o usuário, podem constituir-se também como demandas caso os profissionais não se sintam preparados ou estejam instrumentalizados a realizá-las (SCHOLZE et al., 2009).

Desta forma, a proposta de humanização com base em práticas não-hegemônicas como o acolhimento, que visa um aumento qualitativo do relacionamento interpessoal entre profissional de saúde e usuário, pode acabar sobrecarregando os profissionais e favorecer o aparecimento da síndrome do *burnout*, tornando-se um resultado oposto ao pretendido inicialmente pela política, que visa humanizar e melhorar a qualidade de vida do trabalhador. O problema se dá, portanto, quando são lançadas demandas para que o profissional de saúde construa um ambiente de humanização e acolhimento em um contexto organizacional que não o acolha ou favoreça também a sua própria subjetiva (HERNÁNDEZ-VARGAS et al., 2009; SCHOLZE et al., 2009).

A solução, contudo, não é a de buscar evitar que o profissional da atenção básica crie vinculação, ofereça cuidado longitudinal ou acolha o usuário, uma vez que tais práticas visam dar mais qualidade ao cuidado e trazem diversos benefícios aos usuários, mas sim que os profissionais da atenção básica sejam instrumentalizados para lidar com as demandas provenientes destas práticas sem que estas se tornem fontes adicionais de estresse.

Embora esta seja a principal classe de agentes estressores entre profissionais da saúde, os agentes estressores experimentados pelos profissionais da atenção básica não são resumem somente a fatores ligados ao relacionamento interpessoal e contato com o usuário. Estes também se configuram por fatores organizacionais como escassez de recursos, acúmulo de serviço, restrição no exercício do planejamento de sua tarefa, baixa remuneração, vínculos de trabalho precários e valorização do modelo curativista em detrimento de outros modelos de atenção, uma vez que o modelo curativa não é o que embasa a atuação do profissional da atenção básica. A literatura aponta também que quanto maior o número de equipes incompletas da Estratégia Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde, maior é o estresse percebido entre os profissionais desta unidade, mesmo que o profissional não componha a equipe faltante (LEONELLI, 2013; MAISSIAT et al., 2015)

2.3 INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL

Considerando-se o estresse organizacional como a exposição de profissionais a agentes estressores em seu ambiente de trabalho e no exercício de sua profissão, ao buscar estratégias para lidar com o estresse organizacional existem três níveis de intervenção (MORENO et al, 2011).

O primeiro nível é chamado de “estratégias organizacionais” e diz respeito a mudanças na própria organização do ambiente de trabalho como, por exemplo, incorporação de supervisão e modificação de condições físicas desagradáveis. Este nível de intervenção irá focar em transformar o processo de trabalho, cuja governabilidade raramente está sob controle do indivíduo (MORENO et al, 2011).

O segundo nível é chamado de “estratégias individuais” e refere-se ao aprendizado de novos comportamentos por parte dos profissionais para lidarem com os agentes estressores. O profissional da saúde aprende estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento, de forma a controlar, tolerar ou diminuir as demandas que geram estresse (MORENO et al, 2011).

O terceiro e último nível é conhecido como “estratégias combinadas” e são ações que visam fortalecer as relações sociais do indivíduo no ambiente de trabalho como forma de redução do estresse. Um exemplo deste nível de intervenção é a criação de reuniões de equipe para discussão dos problemas. Estas reuniões proporcionam um local onde é possível promover a troca de experiência subjetivas de cada um relacionada ao estresse, fortalecendo a integração da equipe e apoio mútuo (MORENO et al, 2011).

No que diz respeito a fatores organizacionais, pesquisas apontam que excesso de trabalho, remuneração insuficiente, escassez de recompensas no processo de trabalho e ausência percebida de justiça no ambiente organizacional são favoráveis para o desenvolvimento de *burnout* em profissionais de saúde (MCTIERNAN; MCDONALD, 2015). Outros agentes estressores experimentados por profissionais da saúde nos diversos níveis de atenção, relacionados também a fatores organizacionais, são a falta de apoio de supervisores, inadequações físicas do ambiente de trabalho (como excesso de poluição sonora), número extremamente extenso de pacientes para serem cuidados e turnos variáveis (SALAREE et al., 2014). O primeiro nível de intervenção enfatiza, portanto, a importância de trazer intervenções relativas à transformação da estrutura organizacional, visando modificar

condições físicas desagradáveis, elaboração de plano de carreira, proporcionar flexibilidade de horários para o trabalhador, promover participação destes nas tomadas de decisão, proporcionar autonomia laboral, incorporar supervisão e modificar estilos de liderança, dentre outros (MORENO et al, 2011).

Para atender as exigências do seu trabalho, o profissional deve adequar-se à este mas, de maneira recíproca, a estrutura da organização deve ser flexível para facilitar este processo. Neste nível de intervenção busca-se atuar diretamente na modificação de fatores organizacionais que são agentes estressores. São necessárias também mudanças na cultura organizacional, de forma que esta passe a continuamente visar a prevenção de doenças ocupacionais e agravos à saúde e promover o bem-estar do profissional (MORENO et al, 2011).

Uma vez que o estresse é conceituado como resultado de uma interação entre o indivíduo e o seu ambiente, no caso do estresse organizacional o ambiente de trabalho, são as respostas comportamentais do indivíduo aos agentes estressores que irão mediar a intensidade com que estes vão sentir os efeitos do estresses, bem como os seus futuros comportamentos e não os agentes estressores em si (HOLMES, 2011; SANTOS; BARROS; CAROLINO, 2010). Ou seja, um evento em si não pode determinar o nível de estresse do sujeito ou até mesmo ser considerado um agente estressor. Não pode-se dizer, por exemplo, que perder o emprego é em si e necessariamente um agente estressor ou que este fato irá objetivamente determinar o nível de estresse experimentado por um indivíduo. O estresse experimentado pelo indivíduo irá depender de como ele vivencia os agentes estressores, de sua percepção de que possui repertório comportamental para enfrentá-los ou de sua percepção de não ter recursos e sentir-se sobrecarregado (LLAPA et al., 2015; SANTOS; JUNIOR, 2007)

Alguns estudos têm provido confirmação através de evidências ao mostrar, por exemplo, que características pessoais e crenças tais quais sentimento de auto eficácia, lócus de controle interno, comprometimento no trabalho, atitudes positivas perante ao sistema de saúde e percepção da relevância de seu trabalho são importantes moderadores do estresse organizacional em enfermeiros e médicos. Há, além disso, evidência de que alguns profissionais de saúde percebem o seu estresse como reduzido porque se engajam em estratégias comportamentais de resolução de estresse efetivas e não porque o seu ambiente de trabalho conteria menos demandas (SANTOS; BARROS; CAROLINO, 2010).

A vulnerabilidade de cada indivíduo ao estresse depende, portanto, dos comportamentos que apresentam ao lidar com os eventos

e, uma vez que comportamentos estão sujeitos a processos de aprendizagem, consequentemente os comportamentos específicos dos indivíduos para lidar com agentes estressores também estão (BOTOMÉ, 2001; PAFARO; MARTINO, 2004).

O segundo nível de intervenção diz respeito ao aprendizado de novos comportamentos por parte dos profissionais para lidarem com os agentes estressores. Alguns dos comportamentos e mecanismo de enfrentamento que certos profissionais da saúde já utilizam para lidar com o estresse organizacional, como por exemplo fumar, o uso abusivo de substâncias e comer em excesso, foram demonstrados como não efetivos por pesquisas (KRAVITS et al., 2010).

Ao aprenderem comportamentos que sejam efetivos para lidar com agentes estressores, é possível prevenir as consequências negativas associadas aos efeitos do estresse (MORENO et al, 2011).

A natureza do trabalho do profissional de saúde e do trabalho deste no nível específico da atenção básica, tal qual discutido no capítulo anterior, contém em si agentes estressores. Uma vez que o profissional estará continuamente em contato com tais agentes estressores, embora as estratégias individuais para enfrentar o estresse organizacional não sejam as mais simples de serem realizadas, possuem a vantagem de depender exclusivamente de cada sujeito (LLAPA et al., 2015).

Um recurso para os profissionais de saúde são então intervenções do segundo nível, através de programas para redução de estresse, que sejam de baixo-custo, que possam ser implementados em unidades de saúde e que tenham a sua eficácia comprovada cientificamente (LEMONS, 2014; SHAPIRO et al., 2015). Devido ao comprometimento dos profissionais da saúde com o treinamento científico durante a sua formação, intervenções que não possuam rigor científico não promoverão dedicação por serem consideradas sem importância (GREESON; TOOHEY; PEARCE, 2015).

Deve-se ressaltar, contudo, que intervenções de segundo nível são recursos quando utilizadas para instrumentalizar profissionais da saúde a lidarem com demandas que não dependem de fatores organizacionais e são inerentes ao seu processo de trabalho, bem como com demandas e agentes estressores no geral, mas que não devem servir para ignorar fatores organizacionais que, muitas vezes constituídos e estabelecidos em função de uma lógica de busca pela produtividade e lucro, são importantes fontes de estresse para o trabalhador e que geram sofrimento e adoecimento naqueles que não se adequam aos padrões exigidos. Além disso, as intervenções de segundo nível não devem

servir como forma de ignorar a importância de intervenções de primeiro nível, destinadas a modificar a estrutura organizacional. Intervenções de redução de estresse de segundo nível, que buscam ensinar aos profissionais novos comportamentos, são utilizadas erroneamente quando tem o propósito de mascarar uma estrutura organizacional que gera sofrimento, através da culpabilização dos próprios profissionais: é individualizado o problema através da significação de que o profissional é que não teria sido capaz de lidar com o ambiente ou prevenir-se adequadamente (CAMILO; CRUZ; GOMES, 2015).

Uma intervenção de segundo nível, que envolva o ensino de novos comportamentos para os profissionais, verdadeiramente eficaz para redução de estresse, deve ensiná-los a perceber os aspectos nocivos das organizações visando a sua futura modificação e não perpetuação, ao invés de ser uma intervenção que culpabiliza o indivíduo e que acaba por reenforçá-los. A intervenção deve ter uma fundação ética, visando melhorar as relações no ambiente de trabalho e promover o bem-estar verdadeiro dos trabalhadores (HYLAND, 2015).

2.3.1 Práticas Integrativas e Complementares: uma possibilidade de intervenção

Levando em consideração tais necessidades para o manejo do estresse organizacional experimentado por profissionais da saúde e por aqueles que trabalham especificamente na atenção básica, dentre as diversas possibilidades de intervenção disponíveis, as práticas denominadas Integrativas e Complementares têm estimulado cada vez mais pesquisas acerca de sua segurança e eficácia (KLIGER; TEETS; QUICK, 2016). O número cada vez maior de estudos científicos dá-se também em função do aumento crescente da utilização de práticas integrativas e complementares pela população em geral (NAHIN; STRAUS, 2001).

Por práticas integrativas e complementares entende-se práticas e ações que visam a melhoria da saúde e estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação, dando ênfase na integração do indivíduo com o seu meio ambiente e com a sociedade. Ao compreender que o processo saúde adoecimento dá-se na interação contínua entre o ser humano e a sociedade em que se encontra, as práticas integrativas e complementares buscam compreender quais são as relações que o indivíduo estabelece com esta, buscando através de suas intervenções modificar estas relações de forma a proporcionar melhoria da saúde e, portanto, favorecer uma melhor integração do

indivíduo com o seu meio ambiente. Algumas práticas integrativas são acupuntura, homeopatia, práticas meditativas, fitoterapia, plantas medicinais, termalismo, dentre outras (BRASIL, 2006).

O fortalecimento do interesse de pesquisadores, profissionais e da população acerca das práticas Integrativas e Complementares surge em um contexto de uma insatisfação crescente e difusa com uma abordagem que possui uma racionalidade distinta, a abordagem biomédica hegemônica (ILLICH, 1975; LEMOS, 2014; QUEIROZ, 2000; TESSER, 2009).

O modelo biomédico é aquele que possui uma visão unicausal da doença, buscando a eliminação dessa causa biológica de forma que os sintomas, as reações fisiológicas do paciente, sejam também eliminados. As concepções e práticas decorrentes do modelo biomédico, na história recente, trouxeram diversos benefícios à população, como o combate de epidemias e a criação de vacinas. Contudo, concomitantemente, este modelo e suas concepções trouxeram também diversos problemas. Ao buscar somente causas biológicas para uma doença, produz-se valorização das especialidades médicas e dos médicos especialistas, decorrendo na fragmentação do cuidado. O médico oftalmologista, por exemplo, trata apenas do olho. E esta forma de cuidado ao paciente têm sido exercida de forma cada vez mais impessoal (ILLICH, 1975; LEMOS, 2014; QUEIROZ, 2000; TESSER, 2009).

A utilização do modelo biomédico para lidar com fenômenos complexos, como os fenômenos biopsicosociais, mostra-se também muitas vezes limitada. No caso do estresse organizacional, por exemplo, que se dá na relação do indivíduo com o seu ambiente de trabalho, o foco do modelo biomédico seria na redução do sintoma, na eliminação das reações fisiológicas do estresse, e deixaria de considerar dois componentes: o repertório comportamental do indivíduo perante o agente estressor, bem como a estrutura organizacional que pode ter gerado o agente estressor em primeiro lugar.

Ao promover o foco reducionista ao biológico com a subsequente valorização das especialidades e fragmentação do cuidado, gera-se uma progressiva exclusão da subjetividade do paciente perante seu processo de saúde adoecimento e dos significados sociais do adoecer. O sujeito deixa de significar a sua experiência de saúde adoecimento já que esta é reduzida ao biológico, cujo conhecimento é possuído pelo profissional de saúde, o especialista. Esta apropriação dos modos de vida humano e seus significados pela medicina, que é decorrência do processo histórico de surgimento do modelo biomédico, em níveis de sociedade é

conhecida como a medicalização social da vida. (ILLICH, 1975; LEMOS, 2014; QUEIROZ, 2000; TESSER, 2009).

A medicalização social da vida consiste na criação de normas de conduta de origem biomédica e da redefinição de experiências humanas, dentre elas o sofrimento, como se fossem um problema médico (TESSER; BARROS, 2008). Por exemplo, discute-se a medicalização da dieta, onde o conhecimento médico irá ditar normas de contudo, no caso, o que as pessoas devem ou não comer (NAVOLAR et al., 2010). Além disso, o processo de medicalização da existência intensificou um processo paralelo, o da medicamentação, que se refere a um fenômeno cultural da interseção entre droga, medicina e sociedade e o aumento da demanda de usuários por medicamentos (GAVIRAGHI, et al., 2016; LEMOS, 2014; LIMA, 2005; ROSA, 2012; TESSER, 2009).

Uma vez que o foco do modelo biomédico é a redução do sintoma e de que, através da medicalização, experiências humanas são tratadas como problemas médicos, os fármacos passam a ser exigidos para cada vez mais situações da vida, como por exemplo para promoverem experiências humanas que antes eram consideradas naturais, como “dormir” e “relaxar”. O estresse, incluindo o estresse organizacional, é portanto um sintoma de um problema médico, que o fármaco, prometendo a modificação das reações fisiológicas do indivíduo, deverá solucionar. Desta lógica decorre, como indicam as pesquisas, o crescente uso de drogas psicotrópicas, tais quais antidepressivos e ansiolíticos (GAVIRAGHI, et al., 2016; LEMOS, 2014; LIMA, 2005; ROSA, 2012; TESSER, 2009).

A utilização de fármacos na sociedade contemporânea, através do processo de medicamentação, é muitas vezes paliativa pois foca somente no sintoma, indiscriminada e termina por patologizar a experiência do sofrimento, contribuindo para a culpabilização do indivíduo pelo seu estresse. Uma vez que, tal qual discutido, a organização do trabalho contribui significativamente para o processo de adoecimento, muitas vezes o estresse do trabalhador é diagnosticado e medicado sem uma atribuição causal aos fatores ocupacionais por detrás do sofrimento, criando uma “camisa de força química” e deslegitimando seu sofrimento como comentário político e moral. Os fatores organizacionais subjacentes à sua experiência de estresse poderão continuar a afetar outros trabalhadores (GAVIRAGHI, et al., 2016; LEMOS, 2014; LIMA, 2005; ROSA, 2012; TESSER, 2009).

A medicalização do sofrimento, que para Russo (2006) tem como um de seus marcos o lançamento do DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e que é a vertente dominante hoje no

panorama psiquiátrico mundial, atribui o sofrimento experimentado pelo sujeito a causas biológicas, consistente com o modelo biomédico e buscando justificar esta relação causal através da teoria do “desbalanceamento químico”, teoria que nunca foi corroborada por sólida evidência científica, e o encapsula na noção de “mental disorder”¹ (em português, transtorno mental). O indivíduo encontra-se então alienado da posição de sujeito de sua existência e desimplicado no sofrimento que se encontra, já que a causa deste é única e biológica. O sofrimento é medicalizado e passa a ser tratado como um problema médico. O saber sobre si próprio e sobre o seu sofrimento, aos poucos, passa a ser aportado a partir do exterior, por um especialista falando em nome da ciência. Reassegurado pela noção de transtorno mental como causa de seu sofrimento, o sujeito deve buscar um profissional “psi” para reestabelecer a ordem (PEREIRA, 2008; WHITAKER, 2005).

Esta forma peculiar de medicalização e medicamentação do sofrimento humano, não sendo encontrada em diferentes culturas, é conscrita à sociedade ocidental moderna (SUMMERFIELD, 2004). Ao individualizar o sofrimento como um transtorno pertencente ao sujeito e decorrente de um fator biológico, torna-se possível transformar a miséria que resulta de calamidades políticas, como o horror de um genocídio ou a pobreza nos guetos urbanos, ou mesmo o estresse experimentado no ambiente de trabalho, em um episódio maior de depressão ou transtorno pós-traumático e, ainda que possa ter intenções éticas e técnicas contrárias, irá deslegitimar o sofrimento do paciente como um comentário político e moral (KLEINMAN; KLEINMAN, 1991).

O processo de medicalização e medicamentação como um todo leva, portanto, a uma atitude passiva por parte do indivíduo, promovendo a alienação do próprio corpo e responsabilizando o sistema de saúde e profissionais especializados pela eliminação de sintomas, desestimulando assim práticas de autocuidado. No modelo biomédico há o desejo de prolongar a vida mas pouco se foca na qualidade deste viver, de forma que muito da insatisfação recente dos indivíduos em relação a esse modelo da-se com relação à baixa integralidade deste tipo de atenção. Por fim, o foco excessivo em medicamentos e procedimentos geram também uma elevação nos custos em saúde, trazendo dificuldades para a sociedade como um todo (ILLICH, 1975; LEMOS, 2014; QUEIROZ, 2000; TESSER, 2009).

¹ Vale ressaltar que o termo em inglês *disorder* pode ser compreendido como falta de ordem (*order*). Ao traduzir para “transtorno” perde-se essa conotação.

Em contraposição à biomedicina tradicional e os problemas decorrentes desta, constituiu-se um conjunto de práticas que são denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina alternativa/complementar (BRASIL, 2006). Atualmente discute-se que esta nomeação de “alternativa” surge como reflexo do caráter normativo e excludente do modelo biomédico, na qual práticas diversas só podem-se reconhecer, através do termo pejorativo e amplo, como “alternativas” e tem de definir-se pelo que não são (BARROS, 2006). Como forma de contornar o viés negativo implícito na palavra “medicina alternativa”, passou-se então a utilizar então o termo “práticas integrativas e complementares” (LEMOS, 2014). Apesar do descrédito inicial que se refletiu em sua nomenclatura, o reconhecimento acadêmico, social e institucional das práticas integrativas e complementares têm se ampliado nas últimas décadas, tendo a biomedicina inclusive incorporado algumas destas práticas como especialidades médicas (CASTRO; TESSER, 2011).

No Brasil, as práticas integrativas e complementares e sua aplicação no SUS foram abrangidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que surge em 2006 e tem como objetivo conhecer, apoiar, implementar e incorporar experiências com práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde, dentre elas as práticas meditativas. A PNPIC surge devido ao fato de que as práticas integrativas e complementares já vinham sendo desenvolvidas na rede pública por municípios e estados mas, devido à ausência de diretrizes específicas, ocorriam de modo desigual, descontinuado, sem o devido registro e sem ações de acompanhamento e avaliação. Uma das diretrizes da política Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS é, portanto, o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das práticas integrativas e complementares de forma a instrumentalizar os processos de gestão (BRASIL, 2006).

No Brasil, as práticas integrativas e complementares têm sido implementadas na atenção primária com foco nos usuários. No entanto, não foram encontrados estudos com sua aplicação em profissionais da atenção básica no contexto nacional, como possibilidade de intervenção sobre a saúde desses trabalhadores.

Mais do que somente práticas historicamente não convencionais em relação à biomedicina, as práticas integrativas são embasadas em uma dissidência na sua concepção do processo saúde adoecimento em relação ao modelo biomédico e é nesse sentido que surgem como uma resposta a este. Ao contrário do modelo biomédico que visa somente

inibir manifestações sintomáticas, já que as consideram como o real problema do paciente, e que têm para estas uma causa biológica única, o modelo integrativo compreende que o processo saúde adoecimento se dá na interação contínua entre indivíduo e o meio ambiente. As práticas integrativas não buscam, portanto, somente retornar o indivíduo à homeostase do seu estado biológico mas sim compreender as relações que este estabelece com o seu ambiente e levá-lo a um nível de saúde superior ao que se encontrava anteriormente (QUEIROZ, 2000).

Uma vez que o estresse é definido como resultado de uma interação entre o indivíduo e seu ambiente (de trabalho, no caso do estresse organizacional), para compreendê-lo, embasar e propor intervenções de redução efetivas, é necessário uma concepção do processo de saúde adoecimento multicausal e que leve em consideração o contexto. Esta concepção encontra-se efetivada em determinadas práticas integrativas e complementares e contrapõe-se à compressão biomédica tradicional de reducionismo biológico, onde o fármaco constitui-se como uma das principais possibilidades de intervenção.

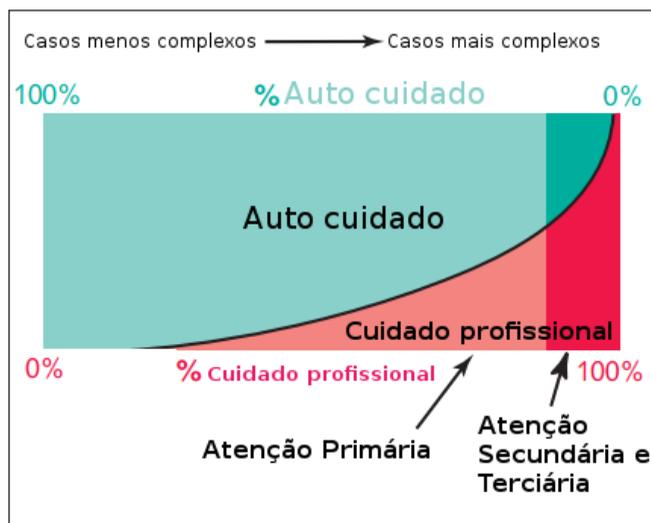
2.3.2 A promoção do Autocuidado para o manejo do estresse

No âmbito da autonomia, as práticas integrativas, ao contrário do modelo biomédico tradicional que condiciona o indivíduo à posição de “paciente”, estimulam uma participação ativa do usuário, uma atitude de apropriação da saúde e que promove o autocuidado (BARROS, 2002; BRASIL, 2006; LEMOS, 2014). O autocuidado pode ser compreendido como ações dirigidas a si ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses de vida, bem-estar e funcionamento integrado. As práticas de autocuidado são realizadas pelos indivíduos em seu próprio benefício e de forma deliberada e constituem-se em um processo (BUB et al., 2006).

O autocuidado e as práticas que o configuram, que visam o estabelecimento de ações autônomas e continuadas por parte dos indivíduos como forma de promover o seu bem estar e enfrentar problemas de saúde, têm sido incentivadas como necessárias para o manejo competente de condições crônicas, sendo uma delas o estresse organizacional. Isto dá-se em partes pois as condições crônicas e o sofrimento decorrente destas são experimentadas pelo indivíduo com maior frequência e em mais lugares quando comparado com condições agudas. Desta maneira, as condições crônicas são experimentadas pelo indivíduo em momentos como o horário de lazer ou no ambiente do trabalho, onde este não teria acesso fácil a atendimento profissional,

tornando então as práticas de autocuidado e autocuidado apoiado necessárias para um manejo efetivo destas condições. A teoria do espectro de atenção à saúde postula, portanto, que quanto menor a complexidade e maior cronicidade de um problema de saúde, mais deve-se utilizar o autocuidado e autocuidado apoiado, em oposição à assistência médica e tratamento intensivo, como forma preferencial de tratamento (CINCOTTA, 2005; MENDES, 2012).

Figura 1. Espectro da atenção à saúde



Fonte: (BROCK, 2005)

As práticas integrativas e complementares, ao empoderarem o indivíduo através do autocuidado, possuem esta vantagem em relação a possibilidades de intervenção orientadas pelo modelo biomédico e que dependem do profissional especialistas e do sistema de saúde, para cuidar de condições crônicas, dentre elas o estresse organizacional.

O autocuidado por parte de profissionais da saúde mostra-se então como uma prática relevante de prevenção e promoção de saúde, devido à natureza do seu trabalho estar associada ao estresse organizacional e síndrome de *burnout* (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007). Embora exista diversas indicações na literatura científica sobre a importância do autocuidado para os profissionais de saúde, muitas vezes

a formação e os treinamentos que estes profissionais recebem no contexto acadêmico e clínico não incluem estas estratégias, sendo o aprendizado de práticas de autocuidado apresentado como se fosse de responsabilidade individual do profissional (CHRISTOPHER et al., 2006).

Pesquisas têm demonstrado que o autocuidado possui três facetas: autopercepção (*self awareness*), autoregulação e gerenciamento entre os interesses próprios e interesses de outras pessoas (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007).

A autopercepção (*self awareness*) pode ser definida como uma observação sem vieses da sua própria experiência e comportamento (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007). A importância da autopercepção para o autocuidado dá-se já que, sem uma correta percepção da própria experiência, não se têm indicadores claros de quando deve-se realizar a autoregulação. Pode-se ver, na citação de um profissional de saúde após ter realizado um programa de meditação, exemplificado como a autopercepção é importante para o autocuidado: “Em relação a incômodos físicos, eu sinto que conheço meu corpo muito melhor e eu sou capaz de reconhecer quando eu começo a me sentir doente e então eu diminuo o ritmo e cuido de mim mesmo” (SCHURE; CHRISTOPHER; CHRISTOPHER, 2008). Ou seja, somente ao se autoperceber (“sinto que conheço meu corpo muito melhor”), o profissional foi capaz de se autoregular (“diminuo o ritmo e cuido de mim mesmo”).

2.4 INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL

Dentre as práticas integrativas e complementares, práticas meditativas têm sido apontadas como capazes de promover maior autopercepção, sendo esta associada significativamente com maior autocuidado e bem-estar por parte dos profissionais (RICHARDS; CAMPENNI; MUSE-BURKE, 2010). De fato, pode-se perceber que a relação entre prática meditativa e promoção de autopercepção está presente até mesmo na definição da prática meditativa, que é descrita na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) como um “*procedimento que foca a atenção de modo não analítico ou discriminativo, promovendo alterações favoráveis no humor e no desempenho cognitivo*” (BRASIL, 2006, grifo nosso).

Considerando então o autocuidado como prática autônoma e continua importante para o manejo do estresse organizacional por

profissionais da saúde, e sendo a autopercepção uma faceta constitutiva e constituinte de um autocuidado efetivo, têm-se a relevância da instrumentalização de profissionais de saúde na prática de autopercepção. Esta relevância é um dos motivos que justifica o interesse de pesquisadores nas práticas meditativas como uma prática integrativa e complementar possivelmente capaz de responder a esta demanda.

Uma prática meditativa específica, chamada de meditação *mindfulness* (e cuja tradução no português é meditação de atenção plena²), ganhou destaque na comunidade científica e na mídia através de um programa chamado de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (em inglês *Mindfulness Based Stress Reduction*), implementado pela primeira vez em 1979 por Kabat-Zinn e seus colegas no centro médico da Universidade de Massachussets (CHIESA; SERRETTI, 2009), e se constituiu nas últimas décadas como um dos programas de redução de estresse com maior número de estudos científicos (SCHURE; CHRISTOPHER; CHRISTOPHER, 2008).

Pesquisas conduzidas nos últimos vinte e cinco anos têm dado suporte a eficácia do programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* para redução do estresse e promoção de bem-estar além de auxiliar em diferentes condições médicas (SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007). Além da redução do estresse, o programa foi posteriormente aplicado também em mais de dez mil pacientes para uma variedade de condições como dor crônica, doença do coração, distúrbios gastrointestinais, ansiedade, depressão e doenças de pele (CHRISTOPHER et al., 2006).

O programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*, que inicialmente era aplicado em oito semanas, passou a ser realizado também em versões mais longas ou menos extensas (CHIESA; SERRETTI, 2009). Devido aos diferentes modelos de intervenção que têm sido introduzidos e estudados desde os programas iniciais realizados por Kabat-Zinn na década de setenta, têm-se convencionado utilizar o

² O presente trabalho irá utilizar o termo em inglês “meditação *mindfulness*”, e não o termo “meditação da atenção plena”, devido ao fato da expressão “meditação *mindfulness*” sem a tradução para o português ter se consolidado, pelo seu frequente uso, na literatura, inclusive na literatura científica de origem nacional, sendo encontrada na maior parte dos artigos. Dessa forma, a utilização do termo em inglês “meditação *mindfulness*” visa facilitar a compreensão do leitor e de pesquisadores de que a presente pesquisa avalia esta prática meditativa específica.

termo mais amplo Intervenção Baseada em Mindfulness para abranger esta diversidade. As evidências acumuladas de sua eficácia para uma diversidade de condições têm despertado interesse crescente de pesquisadores acerca de intervenções baseadas em mindfulness (KABAT-ZINN, 2003).

Revisões sistemáticas e meta-análises recentes apontam que intervenções baseadas em mindfulness são efetivas para uma variedade de problemas. Em um estudo realizado por Khoury et al. (2013), por exemplo, foram analisados 219 estudos onde participaram 12,145 usuários, sendo selecionados estudos “antes e depois” e estudos controlados acerca de condições médicas, transtornos psicológicos e intervenções para populações não-clínicas. Os resultados mostram que intervenções baseadas em mindfulness são, além de eficazes em tratar condições médicas, especialmente eficazes para tratar condições psicológicas. Os resultados obtidos são considerados robustos (KHOURY et al., 2013). Uma meta-análise mais recente de Khoury et al. (2015), após selecionar por critérios de qualidade, examinou 29 estudos acerca de intervenções baseadas em mindfulness para redução do estresse conduzidas especificamente em populações não-clínicas. Os resultados indicaram efeitos grandes no que se refere ao estresse e moderados em ansiedade, depressão e qualidade de vida (KHOURY et al., 2015). Em uma meta-análise realizada por Chiesa e Serretti (2009), foram pesquisados artigos publicados entre 1979 e setembro de 2008, também sobre os efeitos de intervenções baseadas em mindfulness para redução de estresse em indivíduos saudáveis. Os resultados apontam que intervenções baseadas em mindfulness produz redução de estresse quando comparado ao grupo controle, além de diminuir pensamento ruminativo e estimular empatia (CHIESA; SERRETTI, 2009). Estas são, contudo, apenas alguns exemplos relevantes das diversas revisões sistemáticas e meta-análises que têm apontado a eficácia de intervenções baseadas em mindfulness para uma gama de diferente problemas e que foram realizadas nos últimos anos (GOYAL et al., 2014; GU et al., 2015; SPIJKERMAN; POTS; BOHLMMEIJER, 2016).

O esforço de Kabat-Zinn na década de 1970, contudo, não foi o de criar algo novo mas o de integrar uma prática meditativa já existente há mais de dois mil anos ao contexto clínico e científico do mundo contemporâneo (CHIESA; SERRETTI, 2009). Anteriormente aos esforços de Kabat-Zinn, a prática de meditação mindfulness, ainda que não de natureza acadêmica, já possuía um rico acervo textual (CHRISTOPHER et al., 2006). Intervenções baseadas em mindfulness têm sua origem na prática e filosofia budista e aparecem em textos de

séculos anteriores à era comum. A proliferação destas técnicas no ocidente é um importante exemplo de transmissão entre culturas, mostrando o caráter híbrido do mundo moderno. O trabalho de Kabat-Zinn buscou diminuir a vinculação a tradição budista de forma a promover uma maior acessibilidade da prática de mindfulness no contexto médico e científico. Ainda assim, o foco do seu programa inicial de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness sempre foi menos de redução do sintoma do estresse e mais de uma transformação pessoal ampla do praticante (BABBITT, 1965; KIRMAYER, 2015).

2.4.1 O conceito de Mindfulness e o mecanismo de ação para redução de estresse

A existência milenar da prática da meditação mindfulness levou a uma grande diversidade de definições ao longo do tempo (GETHIN, 2011). Bishop et al. (2004) decidiram que, para lidar com os problemas advintos desta diversidade de definições, deveria-se estabelecer uma definição operacional precisa, capaz de realizar predições teóricas testáveis com o propósito de validação e refinamento. Propôs-se então um modelo de dois componentes para a definição de mindfulness. O primeiro componente envolve a autoregulação da atenção de maneira a mantê-la na experiência imediata, permitindo um aumento no reconhecimento dos eventos mentais no presente momento. O segundo componente envolver adotar uma orientação particular para a sua própria experiência no presente momento, uma orientação que é caracterizada por curiosidade, abertura e aceitação.

Por autoregulação da atenção compreende-se duas habilidades diferentes. A primeira delas é a habilidade de mudar o foco voluntariamente (*switching*) da atenção de um objeto para o outro. Esta habilidade é importante principalmente quando a atenção for roubada do presente momento por rumações³ sobre o passado e ansiedades acerca do futuro, de forma a trazer volta foco da atenção de volta para o aqui e agora. Uma vez que a atenção é um recurso limitado e que pode ser dividido, quando as pessoas têm sua atenção roubadas por rumações e preocupações, diminui-se a qualidade do engajamento da atenção no momento presente (BISHOP et al., 2004; BROWN; RYAN, 2003).

³ A definição de rumação são pensamentos conscientes que giram em torno de um tema comum e que entram na consciência de forma não intencional e podem ocorrer sem demandas situacionais imediatas (WYER, 1996).

Além da queda qualitativa do engajamento no aqui e agora quando a atenção é roubada por rumações e preocupações, existe outro motivo que faz a habilidade de trazer a atenção de volta para o presente momento ser benéfica para o indivíduo. Um dos pressupostos fundamentais da concepção cognitivo-comportamental é a de que os pensamentos influenciam as emoções (BECK, 2011). Dessa forma a resposta comportamental de ruminar, sobre assuntos negativos exacerba as emoções negativas associadas a estes (MARTIN; TESSER, 1996; NOLEN-HOEKSEMA, 2008). Ou seja, ao ruminar, pensar continuamente sobre um tema negativo, o indivíduo experimenta novamente as emoções negativas que estão associadas a esse tema. Ruminar tem sido associado a problemas como depressão, ansiedade, transtornos alimentares e abuso de substâncias (ALDAO et al., 2014).

Uma relação que tem sido objeto de estudo de pesquisadores é como a rumação pode influenciar a resposta de indivíduos a agentes estressores. As pesquisas indicam que indivíduos que habitualmente ruminam tendem a experimentar reações emocionais mais fortes a agentes estressores e as emoções negativas são mantidas por mais tempo em relação a aqueles que não ruminam. Isto dá-se em parte pois, após a exposição ao agente estressor, indivíduos que habitualmente ruminam podem ter dificuldade em redirecionar a atenção para longe de pensamentos sobre este mesmo agente e, ao continuar pensando sobre o ocorrido, promover mais interpretações negativas e pensamentos sobre a situação estressante, experimentando conseqüentemente as emoções negativas associadas a estes (ALDAO et al., 2014).

Uma vez que as reações psicofisiológicas do indivíduo e a forma como este experimenta o estresse mudam de acordo com os comportamentos que ele apresenta para lidar com o agente estressor, o comportamento de rumação têm sido demonstrado por pesquisadores como ineficiente para lidar com situações estressantes.

A segunda habilidade que compõe a autoregulação da atenção é a de, ao ter a atenção sido trazida de volta quando roubada por rumações e preocupações, mantê-la no presente momento (*sustained attention*) (BISHOP et al., 2004).

A prática da meditação mindfulness, que é a prática da autoregulação da atenção através da habilidade de mudar o foco voluntariamente e de sustentá-la no presente momento, constitui-se como ferramenta importante e passível de aprendizagem para quebrar o padrão comportamental da rumação, que é uma estratégia ineficaz para lidar com o estresse.

Outro aspecto da prática de mindfulness é que, como a atenção é um recurso limitado, quando a atenção para de ser roubada pelo conteúdo de rumações e elaborações, há um conseqüente aumento no reconhecimento de tudo o que está ocorrendo no momento presente, inclusive de eventos mentais como pensamentos e emoções. Uma vez que a prática de mindfulness consistem em intencionalmente regular a atenção de forma a aumentar o reconhecimento de eventos do presente momento, incluindo aqui eventos mentais como pensamentos e emoções, pode-se considerar mindfulness como um processo metacognitivo⁴. A observação contínua dos processos mentais ao longo do tempo de prática leva a um aumento progressivo no discernimento entre pensamentos, emoções e respostas bem como suas relações causais entre si e com o ambiente (BISHOP et al., 2004).

Assim, através de um componente atitudinal de curiosidade e abertura, ao promover de forma metacognitiva a observação de eventos mentais como simplesmente eventos que ocorrem na mente, há uma quebra na identificação com estes e com padrões aprendidos automáticos e habituais de reagir. Ajudando o indivíduo a ter insight e compreender as cadeias causais entre contingências ambientais, pensamentos, emoções e respostas, a prática de mindfulness habilita este a refletir sobre suas respostas à situações e, conseqüentemente, a não responder em padrões habituais de comportamento (BISHOP et al., 2004).

A prática de mindfulness, portanto, pode ensinar o indivíduo a não se deixar engajar em elaborações como rumações e a direcionar seus esforços para utilizar intencionalmente sua atenção para observar o ambiente e seus pensamentos, emoções e respostas em relação a este, aumentando gradativamente a sua autopercepção. Com este aumento da autopercepção o indivíduo passa então a compreender mais quais condições ambientais geram as suas emoções aflitivas, tal qual as condições organizacionais que lhe geram estresse, seus comportamentos aprendidos e habituais de resposta a elas, se a conseqüência destes comportamentos habituais está sendo positiva ou não e, eventualmente, novas formas de se comportar visando melhores resultados e promovendo o autocuidado.

A prática da meditação mindfulness, dentro de uma intervenção baseada em mindfulness como o programa que foi realizado nesta pesquisa, efetiva-se através da execução de meditação específicas.

⁴ Metacognição pode ser definida como conhecimento sobre a atividade cognitiva. É cognição sobre a própria cognição (SCHUNK, 2008).

Dentre estas meditação específicas, sendo por exemplo uma delas o escaneamento corporal, a meditação da atenção plena da respiração é a prática fundamental (TEASDALE; WILLIAMS; SEGAL, 2014).

Na meditação da atenção plena é instruído aos participantes que se acomodem em uma posição sentada, com as costas em postura ereta e confortável. Inicialmente o praticante deve focar a sua atenção em sensações físicas como o toque e a pressão do corpo nas áreas em que estão em contato com o chão e com a cadeira. Logo após, o praticante deve direcionar a sua atenção para as sensações físicas no abdômen inferior, que se modificam com a entrada e saída do ar. Não se faz necessário tentar controlar a respiração, apenas o ato de perceber enquanto ela naturalmente ocorre. Normalmente, após um tempo, a atenção é roubada por pensamentos sobre o passado, planejamento sobre o futuro e divagações em geral. Quando o praticante perceber que sua atenção foi roubada, este deve conduzi-la novamente à respiração. Esta prática de perceber a atenção roubada e voltá-la para a respiração é repetida durante o período em que a meditação da atenção plena durar. A prática deve ser realizada pelo menos durante 10 minutos, mas a duração pode-se estender ao longo das sessões do programa (TEASDALE; WILLIAMS; SEGAL, 2014).

A meditação *mindfulness* é uma forma específica de meditação e diferencia-se de outras práticas meditativas. O termo ocidental meditação, derivado do Latim “*meditaria*”, significa “engajar-se em contemplação ou reflexão”. O fato desta definição ser ampla e possuir múltiplos significados pode-se constituir em um problema, já que o termo “meditação” acaba abrangendo e indicando diferentes processos, muitos tendo finalidades distintas (CHIESA; MALINOWSKI, 2011). Por exemplo, na filosofia ocidental, um livro considerado relevante são as *Meditação Metafísicas* de Descartes, onde por meditação está sendo considerado o ato de refletir logicamente através de pensamentos sobre um problema filosófico (DESCARTES; SÉRGIO, 1930). O ato de meditar pensando sobre uma questão é, de fato, o oposto do que se busca com a prática da meditação *mindfulness*.

Em relações a outras meditações que não se constituem em pensar deliberadamente sobre algo, mas sim em regular a atenção, alguns autores sugerem que estas sejam divididas em duas categorias, os tipos concentrativos e os tipos de atenção plena. A prática de meditação concentrativa têm como objetivo focar a atenção em um único objeto, como por exemplo uma imagem ou mantra, ao passo que a prática da atenção plena têm como objetivo perceber de forma ampla as experiências do presente momento, como sensações corporais,

pensamentos, sons, dentre outros, mas sem focar especificamente em nada (CHIESA; MALINOWSKI, 2011).

É importante também ressaltar que a prática de mindfulness é comumente dividida entre as categorias de prática formal e prática informal. Por prática formal compreende-se momentos onde o indivíduo busca se dedicar somente para a prática de mindfulness, notadamente com a prática da meditação sentada ou em outras posturas, através de instruções como percepção da respiração ou escaneamento corporal. Por prática informal compreende-se a prática de mindfulness ao longo de atividades do dia-a-dia como como comer, andar, lavar a louça e muitas outras, com o objetivo de autoregular a atenção de modo a mantê-la totalmente no momento presente durante a execução destas atividades. O objetivo da prática formal e de programas de intervenções baseadas em mindfulness, como por exemplo o Programa de Redução de Estresse baseado em Mindfulness, é ensinar a habilidade de mindfulness de forma que o indivíduo a integre no seu dia a dia, como uma ferramenta para lidar emoções desprazerosas, dentre elas o estresse (CARMODY; BAER, 2007).

2.4.2 Intervenções baseadas em mindfulness para profissionais da saúde

No que se refere a programas de intervenção baseados em mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da saúde, uma revisão sistemática com meta-análise realizada por Khoury et al. (2015) aponta que o programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness criado por Kabat-Zinn, que é realizado ao longo de oito semanas com duração de duas horas a duas horas e meia por sessão, beneficia os profissionais de saúde, em particular quando comparado a outras populações não clínicas como acadêmicos, professores e outros.

Além disso, uma revisão sistemática com meta-análise mais recente realizada por Burton et al. (2016) buscou englobar estudos com mais formatos de intervenções baseadas em mindfulness, e não só o formato tradicional de oito semanas, para redução do estresse em profissionais de saúde. De 470 estudos potenciais, foram selecionados através de critérios de qualidade sete artigos que avaliavam o efeito das intervenções baseadas em mindfulness. Os resultados apontam que outras as formas de intervenções baseadas em mindfulness, e não somente o modelo originalmente proposto por Kabat-Zinn, têm um efeito moderado para diminuição do estresse organizacional em profissionais de saúde. O estudo ressaltou o fato de que o nível de estresse nessa classe de trabalhadores é alto e que melhoras no estresse

organizacional resultam em maior satisfação do paciente e qualidade do cuidado, e que acarretam também em redução de custos do sistema nacional de saúde. Esta revisão sistemática indica, contudo, a necessidade de novas pesquisas a serem conduzidas sobre o impacto da diversidade de intervenções baseadas em *mindfulness* na redução do estresse organizacional em profissionais da saúde (BURTON et al., 2016).

Levando em consideração a especificidade do trabalho dos profissionais de saúde que atuam no nível da atenção primária e também a singularidade das atribuições destes no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde, há a necessidade de compreender a eficácia de intervenções baseadas em *mindfulness* para os profissionais que atuam na atenção primária. Alguns estudos apontam que as intervenções baseadas em *mindfulness* são promissoras para promover melhoras na qualidade de vida em profissionais de saúde da atenção básica (DEMARZO et al., 2015). Embora seja possível encontrar estudos que contemplem médicos da atenção primária em sistemas de saúde de outros países (BECKMAN, 2012; FORTNEY, 2013; KRASNER et al., 2009) e que apontam resultados positivos para intervenções baseadas em *mindfulness* como estratégia de redução do estresse organizacional, ainda há poucos estudos que abordem a eficácia desta intervenção para outras classes de profissionais atuantes também neste nível de atenção, como enfermeiros e agentes comunitários (ASUERO, 2013). No contexto nacional, uma única pesquisa com agentes comunitários no Brasil indica como possível estratégia de enfrentamento do estresse organizacional a meditação, na perspectiva de uma reorganização cognitiva e aquisição de novas habilidades, redefinindo os agentes estressores e visando melhorar a qualidade de vida e condições de trabalho (LEONELLI, 2013).

Além disso, no Brasil foi realizado um estudo investigativo que buscou diagnosticar a relação entre o estresse organizacional em profissionais da atenção primária com categorias como sexo, profissão, idade e tempo na função, bem como o traço *mindfulness*⁵ e medidas de bem-estar. Percebeu-se, por exemplo, que enfermeiros efetivos e agentes comunitários são os que possuem maior risco de desenvolver a síndrome

⁵ *Mindfulness* é conceituado tanto como um *estado* psicológico, que é transitório, bem como um *traço* psicológico, que é mais duradouro e indica a predisposição para estar com a atenção plena no dia-a-dia. Deve-se ressaltar que o traço *mindfulness* pode ser avaliado em indivíduos que nunca passaram por intervenções baseadas em *mindfulness* (KIKEN et al., 2015).

do *burnout* e que maior tempo no serviço está positivamente correlacionado com estresse percebido (ATANES et al., 2015).

Os resultados do estudo indicaram também, o que é congruente com a literatura (KIKEN et al., 2015), que pessoas que possuem traço *mindfulness* mais elevado, isto é, possuem maior predisposição para estarem com atenção plena durante o dia-a-dia, apresentam menor estresse organizacional. Contudo, vale ressaltar, que este estudo investigativo buscou somente mostrar as dinâmicas acerca de categorias e vulnerabilidades específicas que afetam os profissionais da atenção primária no Brasil, não envolvendo nenhuma intervenção baseada em *mindfulness* em si (ATANES et al., 2015).

2.5 VIABILIDADE DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM MINDFULNESS

Apesar do crescente número de estudos nas últimas décadas apontando evidências sobre a eficácia de intervenções baseadas em *mindfulness* para redução do estresse, bem como diversos estudos que já demonstram os benefícios de tais intervenções para a redução do estresse organizacional em profissionais de saúde, e até mesmo especificamente em profissionais da atenção primária, deve-se ressaltar que para qualquer forma de intervenção psicoterápica há um desafio entre fazer com que estas evidências científicas se efetivem em uma prática clínica rotineira nos sistemas de saúde (DEMARZO et al., 2015). Ainda que uma intervenção psicossocial tenha sua eficácia demonstrada e possua uma clara teoria do seu mecanismo de ação, o desafio final é a sua efetiva implementação. De fato, no campo emergente das intervenções baseadas em *mindfulness*, a implementação em sistemas de saúde é considerada o próximo desafio (CRANE; KUYKEN, 2013).

O processo de transformar evidências científicas em práticas estabelecidas em um sistema de saúde depende de mudanças que devem ser planejadas e que envolvam todo o sistema através dos indivíduos, dos grupos e da própria organização. As organizações que são mais bem sucedidas em superar barreiras para a implementação geralmente adaptam uma prática genérica para seus contextos e circunstâncias (CRANE; KUYKEN, 2013).

Faz-se útil, portanto, antes de se realizar uma implementação de ampla escala de uma intervenção em saúde em um determinado contexto organizacional que se avalie a viabilidade da intervenção para aquele determinado contexto. Por viabilidade da intervenção compreende-se se uma intervenção é passível de ser realizada adequadamente em um

determinado contexto organizacional. Por realização adequada de uma intervenção entende-se a possibilidade de realização desta de forma que suas características fundamentais, necessárias para a obtenção do resultado esperado, estejam presentes. Por exemplo, em um programa de meditação mindfulness Gunaratana (2011) aponta que deve-se evitar ambientes com música ou com interrupções, de forma que caso não se consiga um ambiente adequado para a realização da prática, o resultado final esperado, que é a redução do estresse, pode não ser atingido. Nesse caso, um determinado fator do contexto organizacional, a falta de espaço físico adequado, pode afetar a viabilidade do programa, já que este não poderá ser realizado de maneira adequada, com suas características fundamentais preservadas de forma que o resultado desejado seja possível de ser alcançado. A realização do programa de meditação mindfulness seria, portanto, inviável para aquele contexto.

O conceito de viabilidade é distinto do conceito de implementação. Por implementação entende-se o conjunto de atividades realizadas com o intuito de colocar em prática uma atividade ou programa (FIXSEN et al., 2005).

A implementação de um programa pode ser dividida temporalmente em seis estágios: exploração e adoção, instalação do programa, implementação inicial, operação completa, inovação e sustentabilidade. A exploração e adoção é o estágio em que se avalia a correspondência entre as necessidades da comunidade, os programas baseados em evidência e os recursos, e os gestores tomam a decisão de proceder com um determinado programa ou não. A instalação do programa diz respeito às atividades que devem ser realizadas antes do programa iniciar, como manejar recursos humanos ou realizar novas contratações, conseguir o espaço adequado, dentre outros. A implementação inicial consiste no período em que o programa já está implementado mas as mudanças complexas que este exige para a organização não se tornaram práticas rotineiras do serviço, de modo que a confiança acerca da decisão de adotar definitivamente este programa ainda está sendo testada. O estágio da operação completa se dá quando o programa já está totalmente adequado ao sistema e a inovação se tornou uma “prática aceita” e é tratada como usual. O estágio da inovação ocorre quando os grupos de interesse, em relação a um programa já completamente implementado e adequado ao sistema, decidem realizar inovações no programa de forma a produzir ainda melhores efeitos. Por fim, o estágio da sustentabilidade concerne a como adaptar-se a modificações no contexto que ocorrem em qualquer organização ao

longo dos anos, mudanças organizacionais estas que podem se tornar dificuldades anteriormente inexistentes (FIXSEN et al., 2005).

A viabilidade de um programa diz respeito aos fatores que são barreiras que podem impedir que o programa se realize ou que podem prejudicar que este seja realizado de maneira adequada em um determinado contexto; bem como diz respeito aos fatores que são facilitadores, fatores que estão possibilitando a realização do programa e a sua realização adequada neste contexto. A viabilidade diz respeito a se é possível realizar adequadamente um programa em um determinado contexto, ao passo que a implementação é o processo de colocar o programa em prática.

Autores como Matos (1989) apontam que análises de viabilidade avaliam a viabilidade em três níveis distintos: a viabilidade política, que diz respeito à cooperação pelos stakeholders para negociar e acordar planos de ação comuns, que se constituem através de renúncias recíprocas, onde um stakeholder ganha a adesão do outro ao seu projeto; a viabilidade econômica, que diz respeito a se os projetos são viáveis financeiramente e os seus custos; e a viabilidade institucional-organizacional, que diz respeito a se a organização tem capacidade para sustentar a realização do programa e ainda se esta possui capacidade para modificar-se buscando melhorias. A análise de viabilidade faz a ponte entre o “poder ser”, se o programa ou iniciativa pode efetivar-se, ao “como fazer”, que serão os planos de ação colocados em práticas através da implementação (LANA; GOMES, 1996).

Problemas na implementação de um programa, portanto, não se dão somente em função da viabilidade. Um programa pode ser viável mas ser implementado de maneira inadequada. Por exemplo, o sistema de saúde pode ter um espaço adequado para a realização da prática da meditação mas, devido a uma falha do gestor, esse espaço não ser reservado em tempo hábil. Seria um problema no processo de implementação mas não diria respeito à viabilidade do programa no que se refere a aquele contexto específico. Por esse motivo, um programa ser viável em um determinado contexto, que significa ele poder ser realizado com suas características fundamentais preservadas de forma que seja possível que os resultados desejados sejam alcançados, não quer dizer que estes resultados necessariamente irão ocorrer. Tanto o programa ser viável para um determinado contexto, bem como a sua implementação ser feita de maneira correta, são fatores que podem afetar se o programa irá produzir os efeitos desejados.

Isto torna-se evidente no caso das intervenções baseadas em *mindfulness*. Estas intervenções são classificadas pela literatura como intervenções complexas, já que envolvem interação entre diversos componentes e promovem mudanças complexas no comportamento de participantes. Logo, faz-se necessário, quando se tratando de intervenções baseadas em *mindfulness*, sempre levar em conta que uma falta de resultados desejados da intervenção não necessariamente significa que esta não é efetiva; já que isto pode ocorrer tanto em relação problemas com viabilidade, como barreiras existentes no contexto organizacional, quanto a falhas no processo de implementação (CRAIG et al., 2008; DEMARZO; CEBOLLA; GARCIA-CAMPAYO, 2015).

No que concerne a viabilidade e implementação, deve-se ressaltar, contudo, que programas que não são viáveis em relação a um determinado contexto organizacional, conseqüentemente não serão capazes de serem realizados adequadamente, independente do processo de implementação.

O tipo de estudo que visa avaliar o nível que uma intervenção é viável em um determinado contexto do mundo real é chamado de avaliação de viabilidade (CHEN, 2010). A avaliação da viabilidade tem como uma de suas finalidades permitir a identificação de possíveis fatores, no programa ou no sistema, cuja modificação é necessária e identificar se é possível efetuar-la, com o objetivo de que, efetuando estas modificações, o programa possa então ser realizado adequadamente. A avaliação da viabilidade, portanto, irá indicar, após analisar fatores que são barreira ou facilitadores, modificações que poderão ser efetivadas no processo de implementação.

Caso a avaliação da viabilidade não seja realizada e a intervenção seja implementada sem que se realize os devidos ajustes, que envolvem tanto modificações na intervenção quanto modificações no sistema, vários problemas podem ocorrer.

Por exemplo, a baixa viabilidade de uma intervenção para um contexto e, conseqüentemente, uma implementação sem uma adaptação adequada podem fazer com que os participantes escolham outra intervenção em detrimento desta, mesmo que a intervenção escolhida pelos participantes tenha sido demonstrada como menos eficaz ou ineficaz (BELLAROSA; CHEN, 1997). Ou seja, no caso de intervenções para redução do estresse, os participantes podem escolher como preferível uma intervenção que a pesquisa científica não tenha demonstrado como eficaz mas que, por ser mais viável ao seu contexto, irá lhes parecer mais adequada. Talvez seja, por exemplo, uma intervenção que seja mais curta no que concerne ao tempo das sessões e

os participantes preferem-na já que esta irá lhes proporcionar menor acúmulo de tarefas quando voltarem às suas funções.

No processo de implementação, é no estágio da exploração e adoção, quando assim o fazem, onde os gestores normalmente consideram a viabilidade de um programa, de forma a decidirem se irão adotá-lo e, subseqüentemente, iniciar o estágio da instalação; considerações sobre a viabilidade, no entanto, podem ocorrer também em outros momentos distintos do processo de implementação.

Evitar implementações sem os ajustes necessários e que levem a resultados indesejados é somente um exemplo da importância da avaliação da viabilidade de intervenções para gestores e stakeholders como um todo. No contexto do mundo real, são os stakeholders (e não pesquisadores ou acadêmicos) os que organizam e implementam intervenções e programas. Logo, a preocupação destes sobre a viabilidade de programas é real. Viabilidade não irá garantir que um programa é eficaz ou efetivo, mas no contexto do mundo real, a viabilidade é fundamental para que um programa tenha sucesso. Independente da eficácia ou efetividade de uma intervenção, a não ser que a intervenção seja prática, adequada à capacidade da organização para implementá-la e aceitável para clientes e para os profissionais que a irão colocar em prática, ela terá poucas chances de sobreviver (CHEN, 2010). Por exemplo, caso uma intervenção tenha custos elevados e incompatíveis com a capacidade da organização, mesmo que esta tenha sido demonstrada como a melhor em termos de eficácia, pode ser inviável e não será sequer implementada em primeiro lugar.

Percebe-se, portanto, que não basta que uma intervenção em saúde seja somente eficaz, que estudos demonstrem relações causais entre a intervenção e o desfecho. Esta tem de ser, ao mesmo tempo, eficaz e viável. Intervenções eficazes que não são viáveis, são inúteis na prática, já que estas não serão passíveis de serem implementadas ou, caso implementadas e devidos a problemas na sua adequação a um contexto específico, os seus efeitos não serão reproduzíveis. O mesmo vale para intervenções que são viáveis para serem implementadas mas que não possuem eficácia, estas também não são úteis para que se alcance os resultados desejados (VAN OOSTROM et al., 2009). Na área da saúde, portanto, a avaliação de viabilidade de intervenções em saúde são extremamente importantes para compreender como uma intervenção ocorre na realidade de uma comunidade e de um sistema de saúde (BOWEN et al., 2009).

Apesar disso, no que se refere a estudos que avaliam especificamente intervenções de redução do estresse organizacional, a

maior parte das intervenções ainda são avaliadas somente em termos de eficácia. Estas intervenções têm sua eficácia avaliada em termos psicológicos (questionários de auto percepção de estresse, por exemplo), fisiológicos (pressão arterial, por exemplo) e organizacionais (desempenho no trabalho pós-intervenção, por exemplo). No entanto, alguns autores já começaram a chamar a atenção para o fato de que somente avaliações da eficácia são insuficientes para se estudar intervenções de redução do estresse organizacional, fazendo-se necessário também a realização de avaliações da viabilidade (BELLAROSA; CHEN, 1997).

Dentre os estudos de avaliação da viabilidade realizados, alguns deles irão optar por avaliar a viabilidade de um programa ou intervenção através de níveis de viabilidade. Em um estudo, por exemplo, sobre a implementação de programas e políticas que valorizem a atividade física e o comer saudável entre crianças, enfatizou-se a importância de implementar cada mudança ou política de acordo com os níveis de viabilidade aferidos pelo pesquisador, que foram divididos entre alta viabilidade e baixa viabilidade (BELANSKY et al., 2013). Um estudo que investigou a eficácia e viabilidade de intervenções não-farmacológicas para sintomas de demência dividiu as intervenções entre alta, média e baixa viabilidade, sendo que quanto mais baixa a viabilidade, maior a necessidade de ações para tornar possível a implementação (SEITZ et al., 2012) Já em outra pesquisa, foi realizado um comitê de consenso com especialistas e pedido a eles que avaliassem estratégias de implementação de acordo com o seu nível de viabilidade, sendo estes níveis divididos como Inviável, Um pouco viável, Moderadamente viável, Muito viável e Extremamente viável (WALTZ et al., 2014).

Não só a viabilidade, mas os níveis de viabilidade são insumos importantes para auxiliarem gestores na decisão de considerarem a adoção de práticas baseadas em evidência no contexto da saúde (ZAZZALI et al., 2008).

No que diz respeito à avaliação de programas baseados em *mindfulness*, no contexto atual das pesquisas onde já há extensa literatura acerca da eficácia destas intervenções, a avaliação da viabilidade é relevante para prover informações de como, através de ajustes e modificações quando possíveis, estas intervenções deverão ser implementadas de forma a se efetivarem como práticas clínicas rotineiras em diferentes sistemas de saúde e contextos organizacionais. Avaliações de viabilidade poderão, portanto, auxiliar no processo de se

superar a atual lacuna entre pesquisa e aplicação desta prática baseada em evidências.

Na experiência relatada por pesquisadores acerca da implementação de intervenções baseadas em mindfulness no contexto do sistema de saúde da Inglaterra, foram listados aspectos da viabilidade da intervenção para aquele contexto, tendo sido divididos em seis dimensões: estruturais, políticas, culturais, educacionais, emocionais e tecnológicas (CRANE; KUYKEN, 2013).

Um desafio estrutural que foi encontrado na implementação de intervenções baseadas em mindfulness foi a falta de apoio de gestores para implementação de grupos durante o horário de trabalho. No âmbito político, um facilitador encontrado foi a avaliação rotineira de resultados após os grupos de intervenção em mindfulness, possibilitando demonstrar ao serviço a aceitabilidade e eficácia dos programas (CRANE; KUYKEN, 2013).

No nível cultural, o fato de que nem todos os profissionais do serviço compreendem o que é mindfulness e as evidências de sua eficácia como intervenção de larga escala pode criar tensões dentro do serviço e os grupos de mindfulness serem vistos como “artigos de luxo”. Ou seja, passarem a ser vistos como práticas excepcionais e isoladas no âmbito das ações em saúde e práticas clínicas que ocorrem dentro do sistema. Por outro lado, os efeitos positivos da prática de mindfulness como forma de promoção de saúde entre os próprios profissionais ajudam a desenvolver uma cultura acerca do tema e atingir uma “massa crítica” de aceitação e entendimento da prática. Intervenções baseadas em mindfulness para os profissionais da saúde servem também para desafiar a lógica de só se buscar soluções em episódios agudos de estresse ou ansiedade e ignorar estratégias que visem desenvolver nos profissionais de saúde autocuidado e resiliência de longo prazo (CRANE; KUYKEN, 2013).

A literatura aponta que um elemento fundamental da implementação de intervenções baseadas em mindfulness como prática clínica para usuários é que estes programas sejam feitos inicialmente em profissionais de saúde, o que diminui a resistência e preconceito em relação às intervenções (DEMARZO; CEBOLLA; GARCIA-CAMPAYO, 2015).

No âmbito educacional, as intervenções baseadas em mindfulness têm sido ministradas por uma gama de profissionais, em sua maioria psicólogos mas que englobam também médicos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros. Uma das dificuldades apresentada é que a prática de mindfulness bem como a formação de

profissionais capacitados para facilitar grupos é uma estratégia de longo prazo, ao passo que há uma tendência cultural no sistema de saúde de treinar e formar as pessoas rapidamente (CRANE; KUYKEN, 2013).

No nível emocional, diversos profissionais relataram a importância de ter um “campeão” dentro do sistema, de ter um profissional com bastante conhecimento em intervenções baseadas em *mindfulness* e que possa promover mudanças políticas dentro do sistema, inspirando e motivando os outros profissionais a se juntarem à implementação (CRANE; KUYKEN, 2013).

Por fim, no âmbito da estrutura física e tecnológica, foi citado o fato de que é necessário um espaço físico adequado para a prática dentro do sistema, como uma sala adequada, por exemplo (CRANE; KUYKEN, 2013).

Em um outro estudo que contempla viabilidade de intervenções baseadas em *mindfulness*, realizado por Byron et al. (2015), foram realizados grupos focais de forma a elencar facilidades e barreiras na implementação de treinamento em *mindfulness* para profissionais de saúde de uma unidade para saúde mental de adolescentes. Os facilitadores e dificuldades foram divididos nas dimensões: planejamento, experiências passadas, implementação, treinamento e resultados.

Na dimensão do planejamento, um processo importante para a aceitação da implementação por parte do serviço de saúde, foi a explicação da justificativa racional de como a prática de *mindfulness* pode colaborar para alcançar valores que já existem na organização, como a busca do bem-estar dos profissionais e o impacto disto no clima organizacional como um todo, a diminuição do uso de medicamentos e a promoção de uma atenção baseada na pessoa. Além disso, a organização já buscava estabelecer uma cultura organizacional onde os profissionais de saúde possuíssem experiências em comum com os adolescentes tratados. Por exemplo, o profissional, ao engajar-se em práticas de auto percepção e autocuidado como a meditação *mindfulness*, facilita estabelecer empatia e ser visto como um exemplo pelo adolescente que está sendo tratado (BYRON et al., 2015).

Outro aspecto relevante na dimensão do planejamento que foi citado na pesquisa é a importância de que os funcionários nos diversos níveis, desde os profissionais de saúde até gestores, possam experimentar a intervenção baseada em *mindfulness*. Para uma modificação na cultura organizacional, que envolva não somente a aceitação da implementação de intervenções baseadas em *mindfulness* para usuários mas que incorpore a prática de *mindfulness* como

potencialidade presente dia-a-dia e no trabalho dos profissionais, não basta somente uma explicação cognitiva dos benefícios da técnica mas também que os profissionais de saúde e os gestores possam experimentar a intervenção. Eles nomearam esta experiência da intervenção também por profissionais e gestores como uma *experiência mindful mútua* (BYRON et al., 2015).

No que se refere à dimensão de experiências passadas, os autores pontuaram que experiência prévia por parte de gestores e funcionários com a meditação mindfulness, seja através da academia ou de experiências práticas passadas (mesmo práticas semelhantes como ioga, reza e outras formas de meditação), são fatores facilitadores da implementação de intervenções baseadas em mindfulness (BYRON et al., 2015).

No âmbito da implementação foram elencadas dificuldades como falta de planejamento para a realização dos grupos. Alguns funcionários não foram comunicados acerca dos grupos com a antecedência necessária, de forma que, em conjunto com os gestores, pudessem delinear estratégias para a “cobrir a ponta”, ou seja, realocar recursos inclusive humanos para lidar com as demandas de atendimento por parte de usuários. Por fim, os funcionários comentaram o fato de que os grupos terem sido um convite ao invés de uma obrigação facilitou a adesão deles a este (BYRON et al., 2015).

No nível do treinamento em mindfulness em si, do processo, foi citado que um fator importante para a adesão dos profissionais era se o tempo para a intervenção baseado em mindfulness teria de ser repostado ou não. Por exemplo, se depois os profissionais teriam de fazer hora extra ou acumular o trabalho que não foi realizado durante o tempo da intervenção. Ambos fatores desmotivariam os profissionais a participarem dos grupos: terem de despender tempo extra ou então ficarem sobrecarregados com atividades (BYRON et al., 2015).

No âmbito dos resultados, a maioria dos participantes relatou que o treinamento foi útil. Alguns comentaram o fato de que foram capazes de trazer as práticas de mindfulness para o trabalho e realizar as atividades com atenção plena, que a intervenção modificou positivamente o ambiente de trabalho e que trouxe também impactos positivos no cuidado aos adolescentes (BYRON et al., 2015).

O estudo conclui a importância de fatores ambientais para uma implementação adequada de uma intervenção baseada em mindfulness e os resultados obtidos com esta (BYRON et al., 2015).

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor um modelo teórico e matriz de avaliação da viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.
- Acompanhar a aplicação do programa de meditação mindfulness em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Biguaçu.
- Discutir os fatores que podem interferir na viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo ex-ante para avaliar a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

A avaliação ex-ante busca subsidiar a decisão se um projeto deve ou não ser implementado, ao contrário da avaliação ex-post que busca avaliar a situação de projetos que estão em andamento ou já foram concluídos (COHEN; FRANCO, 1993). A avaliação ex-ante é, portanto, construída anteriormente ao início do programa e procura medir a viabilidade do programa a ser implementado, considerando tanto a viabilidade político e institucional bem como a expectativa dos beneficiários da ação (CAVALCANTI, 2006). Na avaliação ex-ante irá se realizar simulações com a finalidade de identificar estratégias e propor cursos de ação (RUA, 2000).

O presente estudo foi desenvolvido em cinco etapas. A primeira etapa foi a realização de uma ampla revisão narrativa da literatura existente acerca do estresse organizacional, estresse organizacional nos profissionais da saúde, estresse organizacional em profissionais da atenção primária e intervenções baseadas em mindfulness para redução do estresse, tendo sido consultada literatura nacional e internacional através das bases de dados MEDLINE (PubMed), LILACS via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), Portal de teses e dissertações da CAPES e SciELO, além de pesquisa através de ferramentas de busca como o Google Acadêmico.

A segunda etapa foi a construção do modelo teórico-lógico e matriz avaliativa. O modelo é uma idealização da realidade buscando explicitar as hipóteses causais de um programa. Ele é teoricamente justificado e serve de base para a posterior elaboração da matriz avaliativa e da avaliação como um todo (CHAMPAGNE et al., 2011; MEDINA et al., 2005). A criação de um modelo teórico-lógico visa inferir as variáveis que estão influenciando em um determinado processo, o que pode requerer que se utilize de múltiplos indicadores de forma a buscar estimativas adequadas (COSTNER, 1989).

No presente trabalho, os dados provenientes da revisão narrativa de literatura orientaram a construção do modelo teórico-lógico. O modelo teórico-lógico não foi construído de uma só vez, tendo sido refinado ao longo da pesquisa através de sucessivas modificações feitas pelo autor. O modelo teórico-lógico foi então objeto de discussão na oficina de consenso e só após realizadas todas as alterações sugeridas e acordadas pelos especialistas chegou-se na versão final. Embora não

seja possível dividir o modelo em partes, pode-se dizer que inicialmente na pesquisa foi constituída as representações do estresse organizacional na atenção básica, depois o conteúdo referente aos fatores que afetam a viabilidade e, por fim, o conteúdo referente aos níveis de viabilidade e modificações, seguindo trajetória similar à revisão de literatura.

Após a construção do modelo teórico-lógico (em sua versão a ser apresentada para os especialistas na oficina de consenso), foi construída a matriz avaliativa. Os fatores que afetavam a viabilidade do programa de meditação mindfulness tornaram-se as dimensões e subdimensões da matriz avaliativa. Além disso, a matriz avaliativa é também composta de indicadores, medidas e parâmetros.

Um indicador visa, através de uma medida, organizar e captar informações relevantes acerca dos elementos que compõe o objeto de uma avaliação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009) Os indicadores proporcionam as informações necessárias para descrever a realidade bem como as modificações nesta devido a presença ou ausência de um serviço ou programa (COLUSSI, 2010). Para cada indicador é, portanto, estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados (BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011). Tal qual as dimensões e subdimensões da matriz avaliativa, os indicadores e medidas foram construídos também orientados pela revisão de literatura. Dois artigos de viabilidade de práticas de meditação mindfulness em outros contextos de saúde, por exemplo, apontaram importantes fatores que foram utilizados em alguns dos indicadores construídos na presente pesquisa (BYRON et al., 2015; CRANE; KUYKEN, 2013).

Além dos indicadores e medidas que estão presentes em uma matriz avaliativa, para que se chegue a um juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, faz-se necessário também comparar estas medidas com um parâmetro. O parâmetro é uma referência adotada e proporciona uma especificação precisa do nível daquilo que se está a avaliar (COLUSSI, 2010). No presente trabalho o que está sendo avaliado é a viabilidade de um programa, logo, é através dos parâmetros que se faz possível estabelecer um juízo de valor sobre os níveis de viabilidade de aspectos do programa de meditação mindfulness, bem como do programa como um todo.

Os parâmetros foram, de maneira similar, definidos com base nas informações provenientes da revisão de literatura e constituíram a última etapa na construção da matriz avaliativa. Por fim, após a finalização da matriz avaliativa, foi realizada a construção da matriz de julgamento, também conhecida como matriz final da avaliação.

A construção da matriz de julgamento foi uma importante etapa da elaboração do modelo teórico desta avaliação. A matriz de julgamento contém não só as dimensões, subdimensões, indicadores mas, principalmente, o julgamento atribuído segundo o valor de cada parâmetro. É através da matriz de julgamento que, no momento posterior de análise dos dados, foram realizadas progressivas sínteses matemáticas, executando a somatória dos escores, em relação aos indicadores, às subdimensões e às dimensões, possibilitando sucessivos julgamentos de valor sobre estes e decorrendo em um julgamento de valor final acerca do programa, que é o ponto de partida para as discussões e recomendações. Além disso, ao longo da construção da matriz de julgamento foram definidas as prioridades referentes às dimensões, subdimensões e indicadores como tendo maior impacto no objeto avaliado e no julgamento final, tendo sido então atribuídos diferentes pesos para cada (ALVES et al., 2010; GARCIA, 2014; PAZ, 2008).

A validação do modelo teórico-lógico, matriz avaliativa e matriz de julgamento foi realizada através de uma oficina de consenso entre especialistas. Métodos de consenso são técnicas estruturadas de facilitação que exploram consenso entre um grupo de especialistas. Julgamentos em grupo são melhores do que julgamentos individuais, já que os julgamentos individuais estão expostos a viés pessoal. Instrumentos que são desenvolvidos por técnicas de consenso possuem validade aparente e validade de conteúdo quando são baseados em evidência rigorosa (CAMPBELL et al., 2002).

Foi realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, no período de uma manhã, das nove horas ao meio-dia, uma oficina de consenso do tipo comitê tradicional, que consistiu na reunião presencial de três especialistas no assunto, onde foi debatido o modelo teórico proposto, a matriz avaliativa, indicadores, medidas e parâmetros, e através da argumentação e convencimento mútuo buscou-se o consenso. O comitê tradicional foi realizado sob a coordenação de um dos membros participantes (PIRES; COLUSSI; CALVO, 2014).

Na realização da oficina de consenso buscou-se convidar especialistas em três áreas, de forma a contemplar o escopo da presente pesquisa: especialistas em avaliação em saúde, especialistas em saúde do trabalhador e especialistas em meditação mindfulness. Os participantes receberam anteriormente à data da oficina, enviado pelo pesquisador em formato digital e impresso, documentação informativa referente à presente pesquisa, contendo um arquivo com o modelo teórico-lógico e sua justificativa e um arquivo com a matriz avaliativa e

a sua justificativa, ambos com espaço destinado para que o especialista pudesse fazer as suas considerações. O objetivo do envio da documentação para o pesquisador é o de que ele já pudesse conhecer o material antes da oficina de consenso e, assim, levar as suas opiniões prontas para a discussão no encontro presencial, evitando a perda desnecessária de tempo que ocorreria caso tivessem o primeiro contato com o material apenas durante o encontro e visando aumentar a efetividade do processo como um todo.

Neste encontro discutiu-se o modelo teórico-lógico, bem como cada dimensão, subdimensão, indicador, *rationale* do indicador, medida e parâmetro da matriz avaliativa e, por fim, a matriz de julgamento.

A terceira etapa consistiu na elaboração dos instrumentos de coleta com base na matriz avaliativa e no modelo teórico lógico. Foram elaborados quatro questionários auto-aplicáveis (Apêndice A) de forma a abranger todos os indicadores inclusos na matriz avaliativa, bem como de forma a inquirir informações que não são contempladas pelos indicadores mas dizem respeito ao contexto onde o programa está sendo aplicado e podem servir de insumos importantes na discussão de barreiras e facilitadores da viabilidade da implementação do programa de meditação mindfulness. Elaborou-se um questionário para o gestor a ser respondido presencialmente antes da intervenção; um questionário para o profissional que ministrou o programa de meditação mindfulness, enviado por email e antes da intervenção; um questionário para os profissionais participantes da intervenção a ser entregue pessoalmente antes do primeiro encontro do programa de meditação mindfulness e um questionário para os profissionais participantes da intervenção a ser entregue pessoalmente após o fim do último encontro do programa de meditação mindfulness (GUNTHER, 2003).

Foi elaborado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e o envio da documentação requisitada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Após a realização de ajustes, a pesquisa foi aprovada no dia 24 de Outubro de 2016.

A quarta etapa foi a realização de uma intervenção baseada em mindfulness, que pode ser caracterizada como uma intervenção participante. O profissional que ministrou e conduziu os grupos é um médico que realiza residência em Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis.

O programa de meditação mindfulness foi aplicado em um município do sul do Brasil, com cerca de 60 mil habitantes, que possui 15 Unidades Básicas de Saúde nas quais atuam 20 equipes de Saúde da Família e 2 equipes do NASF. Os objetivos desta pesquisa foram

discutidos em uma reunião composta por cinco pessoas, onde estiveram presentes o pesquisador, a orientadora da pesquisa, a responsável pelo setor de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, a responsável pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu e a profissional responsável pela coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A reunião se deu ao longo de uma manhã e definiu as características da intervenção baseada em mindfulness a ser realizada.

Foi solicitada a possibilidade da realização do modelo tradicional do programa, como oito semanas e intervenções de ao mínimo duas horas, uma vez por semana e em semanas consecutivas. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, contudo, levando em conta a disponibilidade dos profissionais, definiu que seria possível serem realizadas apenas quatro intervenções em semanas consecutivas com a duração reduzida de uma hora e meia cada.

O critério de seleção dos profissionais que participariam da intervenção, realizada como parte da presente pesquisa, era de que fossem profissionais de saúde que atuassem na atenção básica, podendo fazer parte da Estratégia Saúde da Família ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Além disso, foi solicitado pela gestão, para a realização do projeto, que se criasse dois grupos distintos com os profissionais da atenção básica que atuam no município e, portanto, fossem realizadas duas intervenções em um mesmo dia (uma intervenção para cada grupo). O objetivo da divisão em dois grupos e da realização de duas intervenções por dia foi o de evitar que fossem retirados muitos profissionais da assistência simultaneamente, o que poderia comprometer as atividades das Unidades Básicas de Saúde.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde decidiu convidar o máximo de profissionais possíveis, de forma que foram convidados trinta e três profissionais e vinte e cinco efetivamente participaram.

As intervenções se deram ao longo de quatro encontros semanais consecutivos durante o mês de Novembro, com duração de 1 hora e meia para cada grupo, nos dias 04, 11, 18 e 25. Os dois grupos ocorreram em horários diferentes, o primeiro das 13h até 14h30m e o segundo das 15h até as 16h30m.

Os encontros não foram realizados nas Unidades de Saúde mas sim em um auditório na Secretaria Municipal de Saúde. Participaram aqueles que voluntariamente concordaram em tomar parte na pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao longo das intervenções e ao seu final foram realizadas observações da estrutura física e questionários com os profissionais.

A quinta etapa consistiu na análise e discussão dos resultados obtidos, preenchimento da matriz de julgamento e estabelecimento de juízos de valor. O processo de preenchimento da matriz de julgamento foi realizado com os dados quantitativos obtidos nos questionários e observações e levaram ao julgamento de valor final sobre a viabilidade do programa.

As questões que abrangiam respostas qualitativas e que visavam avaliar fatores de contexto, como por exemplo quais fatores os participantes acreditavam que eram agentes estressores para os profissionais da atenção básica como um todo, foram analisadas tomando como base instruções metodológicas da análise de conteúdo. O presente trabalho utilizou-se de categorização, que é o procedimento de agrupar dados considerando o que há em comum entre eles, tendo como um dos seus objetivos a sua redução e síntese, de forma a melhor analisá-los. As categorias do presente trabalho foram definidas através de critérios semânticos, resultado em categorias temáticas. Além disso, a categorização foi feita a partir dos dados e não foram criadas categorias *a priori*, resultando em um processo não sequencial e linear mas sim circular e cíclico, onde os inúmeros esforços de retorno periódico aos dados levaram a um refinamento das categorias. Por fim, a classificação de cada elemento nas categorias foi mutuamente exclusiva (MORAES, 1999).

5. RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Avaliação da viabilidade de uma intervenção baseada em mindfulness para profissionais da atenção primária: uma proposta de modelo avaliativo

Feasibility evaluation of a mindfulness based intervention for primary care professionals: proposal of an evaluative model

Pedro Henrique Ribeiro Santiago⁶
Cláudia Flemming Colussi

Resumo: Uma questão crítica atual no contexto da saúde coletiva é o estresse organizacional experimentado por profissionais da saúde. Uma Prática Integrativa e Complementar que pesquisas têm apontado como capaz de auxiliar profissionais de saúde a lidarem com o estresse é a meditação mindfulness. Não basta, contudo, que uma intervenção seja demonstrada como eficaz, ela também necessita ser viável de ser implementada em um determinado contexto político e organizacional, como é o caso da atenção primária do Sistema Único de Saúde. O artigo propõe um modelo teórico-lógico e matriz de avaliação da viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica. A revisão de literatura realizada sobre o tema embasou a construção do modelo teórico-lógico e matriz avaliativa e a validação deu-se através de oficina de consenso com especialistas no assunto. O estudo possibilita a explicitação dos fatores que determinam a viabilidade do programa, que são a demanda existente pela intervenção no sistema, a adaptação do programa a mudanças sugeridas, a integração do programa ao contexto organizacional existente, a praticidade da implementação e a aceitabilidade pelos grupos de interesse. A elucidação de tais fatores permite que, ao avaliá-los em futuros estudos, faça-se possível compreender quais os facilitadores e as barreiras para a efetiva implementação do programa de meditação mindfulness para

⁶ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima, Rua Delfino Conti, s/n, Bloco H, Telefone: (048) 3721-6130, email de contato: phrs16@gmail.com

profissionais da atenção básica, bem como, a partir destas informações, propor ajustes no programa e no sistema e orientar planos de ação.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares; Atenção Plena; Atenção Primária à Saúde; Esgotamento Profissional; Estudos de Viabilidade.

Abstract: A critical issue in the contemporary field of public health is the organizational stress experienced by health care professional. A integrative and complementary therapy that research has shown as efficacious in helping health care professional to cope with stress is mindfulness meditation. An intervention, however, can't simply be shown by scientific literature as efficacious, it also needs to be feasible to be implemented in a specific political and organizational context, such as the primary care of the Sistema Único de Saúde. This paper proposes a theoretical logical model and evaluation matrix of the feasibility of a mindfulness based stress reduction program for primary care professionals. The literature review about the subject was the theoretical source for the construction of a theoretical logical model and evaluation matrix and the validation of those was given by consensus methods, gathering data from experts in the field. This study has promoted understanding in regard to which factors influence the feasibility of the program, such as the existent demand for the intervention in the system, the adaptation of the program to suggested modifications, the integration of the program to the actual organizational context, the practicality of the implementation and the acceptability by stakeholders. The elucidation of those factors allows future studies to comprehend the facilitators and barriers to an effective implementation of the mindfulness meditation program for primary care professionals, as well as to propose adjustments in the program and in the health system and guide plans of action.

Keywords: Integrative and complementary therapies; Mindfulness; Primary care; Organizational stress; Feasibility studies.

INTRODUÇÃO

Uma questão crítica atual no contexto da saúde coletiva, que é encontrada e estudada ao longo de todo o mundo, é o esgotamento emocional experimentado por profissionais da saúde (LAMOTHE et al.,

2016). Dentre as diversas categorias profissionais, existem algumas razões pelas quais especificamente os profissionais de saúde apresentam prevalente estresse organizacional decorrente do exercício de sua profissão. Os profissionais da saúde são aqueles que lidam diretamente com o sofrimento humano. No seu dia-a-dia de trabalho, em seu contato com o usuário, presenciam doença, dor e muitas vezes morte. O contato recorrente com o sofrimento do paciente, ao longo do tempo, pode tornar-se em si uma fonte de estresse (CARVALHO; MALAGRIS, 2007; LAMOTHE et al., 2016; MCINTYRE, 1994; MELO; GOMES; CRUZ, 1997; SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007).

Os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica enfrentam também desafios específicos relacionados a este nível de atenção (FALGUERAS, 2015). Ao passo que existe um elevado número de estudos sobre estresse organizacional em profissionais da atenção terciária, o número de trabalhos que busca identificar a relação deste com as características específicas da atenção primária vêm ganhando destaque somente nos últimos dez anos (SILVA et al., 2015; MORELLI; SAPEDE; DA SILVA, 2015). Já que a atenção primária é configurada como a base e porta de entrada do sistema de saúde, sendo responsável não somente por coordenar o cuidado mas também por realizar o acompanhamento longitudinal e integral dos usuários, o estresse organizacional tem consequências não somente para o profissional da atenção primária mas também para o efetivo funcionamento do sistema de saúde como um todo, resultando em uma demanda pelo cuidado da saúde dos profissionais que atuam neste nível de atenção (SILVA et al., 2015; MORELLI; SAPEDE; DA SILVA, 2015).

Além do relacionamento com o usuário, que é um dos principais agentes estressores entre profissionais de saúde (MARTINS et al., 2014), alguns dos agentes estressores experimentados por profissionais da atenção básica no contexto nacional são equipes incompletas da Estratégia Saúde da Família, número de profissionais inferior ao adequado para realizar a cobertura do território adscrito, falta de recursos, corte de verbas para a saúde e precarização do vínculo trabalhista (LEONELLI, 2013; MAISSIAT et al., 2015).

Nesse contexto surge a necessidade de intervenções de redução do estresse para profissionais que atuam na atenção básica, que sejam cientificamente comprovadas e que, através do aprendizado de novos comportamentos, possam instrumentalizá-los para lidarem com o estresse organizacional relativo às condições inerentes ao seu processo de trabalho. Uma intervenção classificada como uma prática integrativa

e complementar, que apresenta uma base robusta de evidências científicas que demonstram sua eficácia na redução de estresse, são os programas de meditação *mindfulness*, onde os participantes aprendem através da meditação novas formas de lidar com suas emoções e comportamentos (BURTON et al., 2016; CHIESA; SERRETTI, 2009; DEMARZO et al., 2015; SCHURE; CHRISTOPHER; CHRISTOPHER, 2008; KHOURY et al., 2013; SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007).

Apesar do crescente número de estudos nas últimas décadas demonstrando os benefícios de tais intervenções para a redução do estresse organizacional em profissionais de saúde, inclusive da atenção primária, não há estudos que investigam a viabilidade de sua implementação em larga escala, de forma que possa institucionalizar-se como uma prática integrativa e complementar voltada aos profissionais de saúde (CRANE; KUYKEN, 2013; DEMARZO et al., 2015).

O tipo de estudo que visa avaliar o nível que uma intervenção é viável em um determinado contexto do mundo real é chamado de avaliação de viabilidade (CHEN, 2010). A avaliação da viabilidade tem como uma de suas finalidades permitir a identificação de possíveis fatores, no programa ou no sistema, cuja modificação é necessária e identificar se é possível efetuar-la, com o objetivo de que, efetuando estas modificações, o programa possa então ser realizado adequadamente.

O objetivo do presente trabalho é propor um modelo teórico-lógico e matriz de avaliação da viabilidade de um programa de meditação *mindfulness* para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica. Além disso, têm-se como objetivo específico discutir quais fatores podem interferir na viabilidade de um programa de meditação *mindfulness* para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

MÉTODOS

O presente estudo foi composto por duas etapas. A primeira etapa foi a realização de uma ampla revisão narrativa da literatura existente acerca do estresse organizacional, estresse organizacional nos profissionais da saúde, estresse organizacional em profissionais da atenção primária e intervenções baseadas em *mindfulness* para redução do estresse, tendo sido consultada literatura nacional e internacional através das bases de dados MEDLINE (PubMed), LILACS via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), Portal de teses e dissertações da

CAPES e SciELO, além de pesquisa através de ferramentas de busca como o Google Acadêmico.

A segunda etapa foi a construção do modelo teórico-lógico e matriz avaliativa. O modelo é uma idealização da realidade buscando explicitar as hipóteses causais de um programa. Ele é teoricamente justificado e serve de base para a posterior elaboração da matriz avaliativa e da avaliação como um todo (CHAMPAGNE et al., 2011; MEDINA et al., 2005). A criação de um modelo teórico-lógico visa inferir as variáveis que estão influenciando em um determinado processo, o que pode requerer que se utilize de múltiplos indicadores de forma a buscar estimativas adequadas (COSTNER, 1989).

No presente trabalho, os dados provenientes da revisão narrativa de literatura orientaram a construção do modelo teórico-lógico. O modelo teórico-lógico não foi construído de uma só vez, tendo sido refinado ao longo da pesquisa através de sucessivas modificações feitas pelo autor. O modelo teórico-lógico foi então objeto de discussão na oficina de consenso e só após realizadas todas as alterações sugeridas e acordadas pelos especialistas chegou-se na versão final. Embora não seja possível dividir o modelo em partes, pode-se dizer que inicialmente na pesquisa foi constituída as representações do estresse organizacional na atenção básica, depois o conteúdo referente aos fatores que afetam a viabilidade e, por fim, o conteúdo referente aos níveis de viabilidade e modificações, seguindo trajetória similar à revisão de literatura.

Após a construção do modelo teórico-lógico (em sua versão a ser apresentada para os especialistas na oficina de consenso), foi construída a matriz avaliativa. Os fatores que afetavam a viabilidade do programa de meditação mindfulness tornaram-se as dimensões e subdimensões da matriz avaliativa. Além disso, a matriz avaliativa é também composta de indicadores, medidas e parâmetros.

Um indicador visa, através de uma medida, organizar e captar informações relevantes acerca dos elementos que compõe o objeto de uma avaliação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009) Os indicadores proporcionam as informações necessárias para descrever a realidade bem como as modificações nesta devido a presença ou ausência de um serviço ou programa (COLUSSI, 2010). Para cada indicador é, portanto, estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados (BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011). Tal qual as dimensões e subdimensões da matriz avaliativa, os indicadores e medidas foram construídos também orientados pela revisão de literatura. Dois artigos de viabilidade de práticas de meditação mindfulness em outros contextos de saúde, por exemplo, apontaram

importantes fatores que foram utilizados em alguns dos indicadores construídos na presente pesquisa (BYRON et al., 2015; CRANE; KUYKEN, 2013).

Além dos indicadores e medidas que estão presentes em uma matriz avaliativa, para que se chegue a um juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, faz-se necessário também comparar estas medidas com um parâmetro. O parâmetro é uma referência adotada e proporciona uma especificação precisa do nível daquilo que se está a avaliar (COLUSSI, 2010). No presente trabalho o que está sendo avaliado é a viabilidade de um programa, logo, é através dos parâmetros que se faz possível estabelecer um juízo de valor sobre os níveis de viabilidade de aspectos do programa de meditação mindfulness, bem como do programa como um todo.

Os parâmetros foram, de maneira similar, definidos com base nas informações provenientes da revisão de literatura e constituíram a última etapa na construção da matriz avaliativa. Por fim, após a finalização da matriz avaliativa, foi realizada a construção da matriz de julgamento, também conhecida como matriz final da avaliação.

A construção da matriz de julgamento foi uma importante etapa da elaboração do modelo teórico desta avaliação. A matriz de julgamento contém não só as dimensões, subdimensões, indicadores mas, principalmente, o julgamento atribuído segundo o valor de cada parâmetro. É através da matriz de julgamento que, no momento posterior de análise dos dados, foram realizadas progressivas sínteses matemáticas, executando a somatória dos escores, em relação aos indicadores, às subdimensões e às dimensões, possibilitando sucessivos julgamentos de valor sobre estes e decorrendo em um julgamento de valor final acerca do programa, que é o ponto de partida para as discussões e recomendações. Além disso, ao longo da construção da matriz de julgamento foram definidas as prioridades referentes às dimensões, subdimensões e indicadores como tendo maior impacto no objeto avaliado e no julgamento final, tendo sido então atribuídos diferentes pesos para cada (ALVES et al., 2010; GARCIA, 2014; PAZ, 2008).

A validação do modelo teórico-lógico, matriz avaliativa e matriz de julgamento foi realizada através de uma oficina de consenso entre especialistas. Métodos de consenso são técnicas estruturadas de facilitação que exploram consenso entre um grupo de especialistas. Julgamentos em grupo são melhores do que julgamentos individuais, já que os julgamentos individuais estão expostos a viés pessoal. Instrumentos que são desenvolvidos por técnicas de consenso possuem

validade aparente e validade de conteúdo quando são baseados em evidência rigorosa (CAMPBELL et al., 2002).

Foi realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, no período de uma manhã, das nove horas ao meio-dia, uma oficina de consenso do tipo comitê tradicional, que consistiu na reunião presencial de três especialistas no assunto, onde foi debatido o modelo teórico proposto, a matriz avaliativa, indicadores, medidas e parâmetros, e através da argumentação e convencimento mútuo buscou-se o consenso. O comitê tradicional foi realizado sob a coordenação de um dos membros participantes (PIRES; COLUSSI; CALVO, 2014).

Na realização da oficina de consenso buscou-se convidar especialistas em três áreas, de forma a contemplar o escopo da presente pesquisa: especialistas em avaliação em saúde, especialistas em saúde do trabalhador e especialistas em meditação mindfulness. Os participantes receberam anteriormente à data da oficina, enviado pelo pesquisador em formato digital e impresso, documentação informativa referente à presente pesquisa, contendo um arquivo com o modelo teórico-lógico e sua justificativa e um arquivo com a matriz avaliativa e a sua justificativa, ambos com espaço destinado para que o especialista pudesse fazer as suas considerações. O objetivo do envio da documentação para o pesquisador é o de que ele já pudesse conhecer o material antes da oficina de consenso e, assim, levar as suas opiniões prontas para a discussão no encontro presencial, evitando a perda desnecessária de tempo que ocorreria caso tivessem o primeiro contato com o material apenas durante o encontro e visando aumentar a efetividade do processo como um todo.

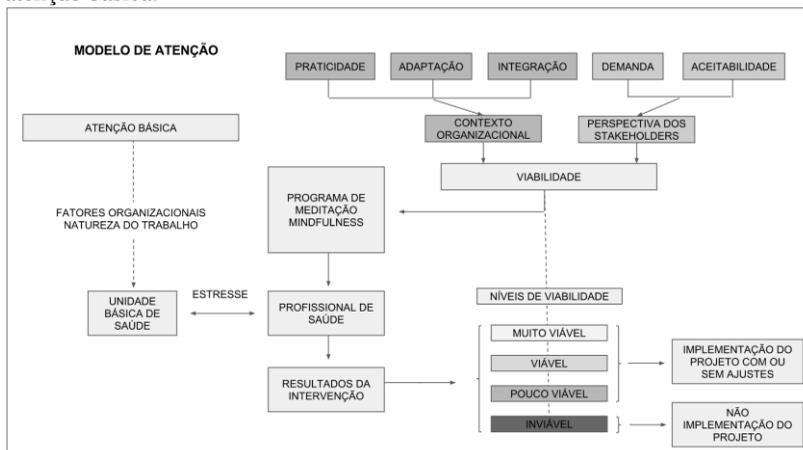
Neste encontro discutiu-se o modelo teórico-lógico, bem como cada dimensão, subdimensão, indicador, *rationale* do indicador, medida e parâmetro da matriz avaliativa e, por fim, a matriz de julgamento.

RESULTADOS

Os resultados consistem no modelo teórico, matriz avaliativa e matriz de julgamento, elaborados através das informações auferidas na revisão da literatura que indicam os fatores que influenciam a viabilidade da intervenção, e posteriormente tendo a validação dos três realizada pela oficina de consenso.

O modelo teórico lógico apresentado na Figura 2 aborda a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica

Figura 2. Modelo teórico lógico da viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.



O Modelo Teórico Lógico em seu centro, representa o programa de meditação mindfulness que é o objeto da avaliação. O programa de meditação mindfulness será aplicado em participantes específicos, nesse caso, os profissionais de saúde e com o objetivo da redução do estresse organizacional.

O estresse é conceituado como resultado de uma interação entre o indivíduo e o seu ambiente, no caso do estresse organizacional o ambiente de trabalho, de forma que são as respostas comportamentais do indivíduo aos agentes estressores que irão mediar a intensidade com que estes vão sentir os efeitos do estresse e não os agentes estressores em si (HOLMES, 2011; SANTOS; BARROS; CAROLINO, 2010). O estresse experimentado pelo indivíduo irá depender de como ele vivencia os agentes estressores, de sua percepção de que possui repertório comportamental para enfrentá-los ou de sua percepção de não ter recursos e de sentir-se sobrecarregado (LLAPA et al., 2015; SANTOS; JUNIOR, 2007)

O estresse organizacional é, portanto, constituído na relação entre o ambiente de trabalho (neste caso, a Unidade Básica de Saúde), que impõe demandas e cria agentes estressores, e o profissional de saúde, que de acordo com seu aprendizado e história de vida apresenta comportamentos específicos para lidar com tais demandas (MCINTYRE, 1994). Esta compreensão do fenômeno do estresse

organizacional como a relação entre ambiente de trabalho e profissional está representada no modelo teórico lógico através da dupla seta.

As demandas existentes no contexto organizacional da Unidade Básica de Saúde e nos processos de trabalho neste nível de atenção são conformadas pelas peculiaridades da Atenção Básica em si, seja a natureza do trabalho neste nível de atenção que têm como um dos seus princípios a promoção da longitudinalidade do cuidado e criação de vinculação com o usuário (HERNÁNDEZ-VARGAS et al., 2009; MAISSIAT et al., 2015; SCHOLZE et al., 2009), bem como os fatores organizacionais deste nível de atenção no contexto nacional. Dentre os fatores organizacionais relativos à atenção básica, alguns possíveis agentes estressores têm sido apontados na literatura, como a escassez de recursos, acúmulo de serviço, restrição no exercício do planejamento de sua tarefa, baixa remuneração, vínculos de trabalho precários e equipes incompletas da Estratégia Saúde da Família (LEONELLI, 2013; MAISSIAT et al., 2015)

O modelo teórico lógico explicita graficamente como a atenção básica, através dos fatores organizacionais e da natureza do trabalho neste nível de atenção, conforma o ambiente de trabalho da Unidade Básica de Saúde que, por sua vez, é onde atuam os profissionais de saúde. Os fatores relativos à atenção básica irão, portanto, influenciar no ambiente de trabalho, na relação que o profissional de saúde estabelece com este e, em última instância, no estresse organizacional.

A implementação de uma intervenção baseada em *mindfulness* para redução do estresse organizacional pode ser classificada como uma intervenção de redução de estresse de segundo nível, por esta ser uma intervenção que atua diretamente nos profissionais buscando ensiná-los estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com os agentes estressores decorrentes de seu trabalho (MORENO et al., 2011), o que é representado graficamente pela seta que parte do programa linearmente em direção aos profissionais.

Diversos fatores afetam a viabilidade de um programa de meditação *mindfulness* para redução do estresse em um determinado contexto (CRANE; KUYKEN, 2013; DEMARZO et al., 2015).

Os fatores que afetam a viabilidade do programa foram agregados em duas dimensões, a **Dimensão do Contexto Organizacional** e a **Dimensão da Perspectiva dos Stakeholders**.

A compreensão de fatores relativos ao Contexto Organizacional faz-se importante já que um número cada vez maior de estudos sugere que estes fatores afetam a implementação de práticas baseadas em evidência no contexto da saúde (HARRISON et al., 2016). Os estudos

sugerem que fatores de contexto organizacional, como por exemplo as práticas de gestão de uma unidade de saúde, e não somente a forma como um programa é realizado, irão afetar a capacidade de uma organização de adotar e sustentar a implementação de programas baseados em evidência (CHILENSKI, 2015). A compreensão de variáveis de contexto organizacional, que servirão como facilitadores ou barreiras, são, portanto, essenciais para a difusão efetiva de programas no contexto de sistemas de saúde (BYRON et al., 2015).

A Dimensão do Contexto Organizacional contempla aspectos que podem ser agregados em três subdimensões: **a Subdimensão Praticidade**, **a Subdimensão Adaptação** e **a Subdimensão Integração**.

A Subdimensão Praticidade compreende a extensão em que um programa pode ser implementado e realizado utilizando-se dos meios e recursos existentes sem a necessidade de intervenção externa (BOWEN et al., 2009). A importância dos recursos se dá devido ao fato de que, se há limitação de recursos ou percepção da limitação de recursos, os atores envolvidos no processo de implementação podem criar expectativas acerca de uma implementação difícil e não se engajarem nesta (CHILENSKI, 2015). Uma baixa praticidade, portanto, exigindo que seja necessário conseguir meios e recursos para a realização da intervenção que já não existem no sistema, pode afetar negativamente a viabilidade do programa.

A Subdimensão Adaptação compreende modificações no conteúdo do programa ou em procedimentos de forma a que este adeque-se a uma nova situação ou contexto organizacional (BOWEN et al., 2009). É possível adaptar uma intervenção de forma que ela seja modificada sem perder fidelidade aos princípios fundamentais que a guiam. Para uma adaptação efetiva, contudo, é necessário intervenções que sejam sensíveis às demandas por mudanças propostas pelos clientes (D'ANGELO et al., 2009). Caso o programa de meditação mindfulness não seja capaz de ter suas características principais adaptáveis à mudanças propostas pelos gestores do contexto específico da atenção primária do SUS, isto poderá afetar negativamente a viabilidade do programa ou mesmo inviabilizá-lo.

A Subdimensão Integração compreende exigência de modificações no sistema de forma a integrar um novo programa ou processo a uma infraestrutura ou processo já existentes, bem como a existência de políticas organizacionais que facilitem estas modificações (BOWEN et al., 2009). A implementação de práticas baseadas em evidência quase sempre requer mudanças também por parte da

organização. Além disso, um desafio principal é identificar políticas organizacionais que facilitem a implementação de práticas baseadas em evidência e minimize as barreiras para a implementação (FIXSEN et al., 2005). Caso o sistema não seja capaz de promover as modificações em sua estrutura e processos exigidas para a implementação do programa de meditação mindfulness, isto poderá afetar negativamente a viabilidade do programa, bem como inviabilizá-lo por completo.

No que se refere à outra dimensão, a Dimensão de Perspectiva dos Stakeholders, pode-se definir stakeholders como um indivíduo ou grupo que possui um interesse especial ou influência sobre o tópico ou programa que irá acontecer, e que é capaz de prover informações úteis para o desenho, desenvolvimento, implementação e avaliação do programa (MAYESKE; LAMBUR, 2001). Existe uma extensa literatura acerca da importância do envolvimento dos stakeholders na realização de programas, dando ênfase à necessidade de que eles “comprem” a idéia do programa ao longo de todas as etapas da implementação. A literatura aponta que para que se realize um programa, nos estágios iniciais de sua implementação, faz-se necessário que exista interesse, comprometimento e suporte por parte dos stakeholders (FIXSEN et al., 2005). Os diferentes stakeholders, portanto, formam uma engrenagem que deve funcionar de forma alinhada para que o programa aconteça (BOWEN et al., 2009).

A Dimensão do Perspectiva dos Stakeholders contempla aspectos que podem ser agregados em duas subdimensões: a **Subdimensão Demanda** e a **Subdimensão Aceitabilidade**.

A Subdimensão Demanda caracteriza-se pelo fato de que um dos elementos, comumente descritos pela literatura como relevantes para a mudança organizacional, que favorece a realização de um programa é o envolvimento dos stakeholders na seleção do programa a ser implementado (FIXSEN et al., 2005). Ou seja, para que um programa seja implementado no sistema, é necessário que os stakeholders apresentem exposto interesse por ele e tenham a intenção de levar a implementação adiante. Caso contrário, o programa poderá sequer acontecer.

Por demanda percebida entende-se o interesse exposto por stakeholders acerca da realização de um programa, bem como a intenção de implementá-lo no sistema (BOWEN et al., 2009). A subdimensão irá avaliar se há uma demanda por intervenções para redução do estresse organizacional, de forma que a existência desta demanda é favorável para a viabilidade de um programa de redução do estresse, como um programa de meditação mindfulness.

A Subdimensão Aceitabilidade compreende se um programa é considerado como atrativo, adequado e satisfatório para os stakeholders, antes, durante e após a sua realização (BOWEN et al., 2009). A literatura aponta que percepções favoráveis em relação a programas baseados em evidência tem sido constantemente associadas com a efetiva adoção e implementação destes programas (CHILENSKI, 2015). Ou seja, a adoção de programas está relacionada a se os grupos de interesse consideram-no atrativo, adequado e satisfatório. Um dos principais objetivos de um estudo de viabilidade é avaliar a aceitação da intervenção (ORSMOND; COHN, 2015). Uma baixa aceitabilidade de um programa compromete a viabilidade deste para um determinado contexto.

O modelo teórico-lógico ilustra que estas dimensões e subdimensões determinam a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para profissionais de saúde da atenção básica. Uma vez realizado o programa, é possível avaliar as dimensões e subdimensões e, através do julgamento, chegar ao nível de viabilidade de cada uma delas, bem como do programa como um todo. Os níveis de viabilidade constituem-se em Muito Viável, onde a intervenção pode ser implementada imediatamente, sem a necessidade de ajustes; Viável, onde a intervenção pode ser implementada, com a necessidade de realização de poucos ajustes; Pouco Viável, onde a intervenção tem sua implementação condicionada à realização de muitos ajustes; e Inviável, explicitando que a intervenção não pode ser realizada adequadamente neste contexto organizacional.

Através da análise dos níveis de viabilidade o gestor poderá então decidir caso o programa seja considerado Inviável, pela não realização do programa; caso o programa seja considerado Pouco Viável ou Viável pela implementação com ajustes; ou caso ele seja considerado Muito Viável, pela implementação imediata, sem a necessidade de ajustes.

A matriz avaliativa composta por duas dimensões, cinco subdimensões e quinze indicadores é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Matriz avaliativa da viabilidade de um programa de meditação mindfulness

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES
CONTEXTO ORGANIZACIONAL	PRATICIDADE	1 - Espaço adequado para realização das atividades
		2 - Material adequado para realização das atividades
	ADAPTAÇÃO	3 - Extensão do Programa
		4 - Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa
	INTEGRAÇÃO	5 - Existência de outros programas ou intervenções destinadas à saúde do trabalhador
		6 - Disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho para participação na intervenção
		7 - Disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência

Quadro 2. Continuação.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES
PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS	DEMANDA	8 - Percepção sobre estresse
		9 - Percepção sobre a necessidade de intervenção para redução do estresse
	ACEITABILIDADE	10 - Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness
		11 - Adesão dos profissionais ao programa
		12 - Adesão dos profissionais ao longo do programa
		13 - Recomendação do programa de meditação mindfulness para colegas
		14 - Percepção de acúmulo de carga em função da intervenção
		15 - Percepção do programa como técnica efetiva para redução do estresse organizacional

O Quadro 2 descreve quais são as medidas, parâmetros, tipo de coleta e definição (*rationale*) de cada indicador.

Quadro 3. Medidas, parâmetros, tipo de coleta e definição de cada indicador.

DIMENSÃO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	
SUBDIMENSÃO: PRATICIDADE	
INDICADOR	TIPO DE COLETA
Espaço adequado para realização de atividades	Observação
MEDIDA	
Disponibilidade de espaço físico, com as seguintes características: tamanho que comporte o número de participantes do programa e possibilidade de utilização do espaço exclusivamente para a intervenção no momento em que ela estiver sendo realizada	
PARÂMETRO	
SIM -> Muito viável NÃO -> Inviável	
Definição indicador	Entre as recomendações para a prática de meditação mindfulness estão a de um ambiente onde se esteja sozinho e não seja perturbado por demandas outrem à prática. É importante que os praticantes possam se dedicar à meditação de forma a não sentirem-se envergonhados com a presença de outras pessoas. O ambiente não deve ser absolutamente silencioso mas algumas distrações devem ser evitadas, principalmente conversa e música (GUNARATANA, 2011).

Quadro 4. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Material adequado para realização de atividades		Observação
MEDIDA		
Disponibilidade de projetor para slideshow.		
Disponibilidade de cadeira para todos os participantes.		
Disponibilidade de almofadas para todos os participantes.		
PARÂMETRO		
<p>NÃO NÃO NÃO -> Inviável SIM NÃO NÃO -> Inviável NÃO NÃO SIM -> Viável NÃO SIM NÃO -> Viável SIM SIM NÃO -> Viável SIM NÃO SIM -> Viável SIM SIM SIM -> Muito Viável</p>		
Definição indicador	A recomendação para a prática de meditação mindfulness é a de que se use uma almofada ou cadeira. Sentar-se no chão não é viável devido a dores resultantes nas costas (GUNARATANA, 2011). A existência de projetor pode facilitar para o profissional que irá ministrar o curso expor o conteúdo e as atividades para casa.	

Quadro 5. Continuação.

SUBDIMENSÃO: ADAPTAÇÃO	
INDICADOR	TIPO DE COLETA
Extensão do programa	Questionário
MEDIDA	
Aceitação do gestor ⁷ da extensão da intervenção, no que se refere a número de encontros e número de horas.	
PARÂMETRO	
<p>Intervenção de 8 semanas com 2+ horas -> Muito viável</p> <p>Intervenção de 4 semanas com 2+ horas -> Viável</p> <p>Intervenção de 8 semanas com ao menos 1 hora -> Viável</p> <p>Intervenção de 4 semanas com ao menos 1 hora -> Pouco Viável</p> <p>Não poderá ser realizado -> Inviável</p>	
Definição indicador	<p>O programa tradicional de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse, como desenvolvido por Kabat-Zinn, é composto por 8 semanas. Contudo a intensidade desta intervenção pode limitar sua oferta em organizações, já que é difícil conciliar sua frequência e extensão com a jornada de trabalho. Para lidar com tais dificuldades existe evidência da eficácia do programa de meditação mindfulness realizado em sua versão breve, com um total de 4 semanas (MACKENZIE; POULIN; SEIDMAN-CARLSON, 2006). A duração regular do programa tradicional de meditação mindfulness para redução do estresse é de 2 horas até 2 horas e 30 minutos para cada encontro (KUYKEN; CRANE; WILLIAMS, 2012). No entanto, o comprometimento em número de horas semanais é uma barreira frequente para adesão ao programa. Em função disto, foi desenvolvido uma versão abreviada do programa, chamada de “dose baixa”, onde a duração dos encontros semanais é reduzida para apenas 1 hora durante 6 semanas (KLATT; BUCKWORTH; MALARKEY, 2008).</p>

⁷ Por gestor compreende-se o profissional responsável pela tomada de decisão em relação a implementação dos grupos, seja o secretário de saúde do município, coordenador do setor de saúde do trabalhador, coordenador da atenção básica, dentre outros.

Quadro 6. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa	Questionário
MEDIDA	
<p>Identificar a existência de instrutor com as qualificações profissionais recomendadas para o profissional que aplica o programa de meditação mindfulness.</p> <p>Identificar a existência de instrutor com o número de anos de prática de meditação mindfulness recomendada.</p>	

Quadro 7. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa	Questionário
PARÂMETRO	
<p>Prática de mindfulness de ao menos 5 anos⁸ -> Muito Qualificado (3 pt) Prática de mindfulness de ao menos 3 anos -> Qualificado (2 pt) Prática de mindfulness de menos de 3 anos -> Não é Qualificado (0 pt)</p> <p>Possui a formação profissional⁹ e realizou curso específico para instrutor de mindfulness -> Muito Qualificado (3 pt) Possui a formação profissional e não realizou curso específico para instrutor de mindfulness -> Qualificado (2 pt) Não possui a formação profissional e realizou curso específico para instrutor de mindfulness -> Qualificado (2 pt) Não possui a formação profissional e não realizou curso específico para instrutor de mindfulness -> Não é Qualificado (0 pt)</p> <p style="text-align: center;">Σ Escores Valor de 6 -> Muito Viável Valor de 5 a 4 -> Viável Valor de 3 -> Pouco Viável Valor menor do que 3 -> Inviável</p>	

⁸ Por prática de meditação mindfulness compreende-se que o instrutor estabeleça prática formal com uma regularidade média de no mínimo 2 vezes na semana, bem como que este estabeleça a prática informal como presente no seu dia-a-dia. Por prática formal compreende-se momentos onde o indivíduo busca se dedicar somente para a prática de mindfulness, notadamente com a prática da meditação sentada ou em outras posturas, através de instruções como percepção da respiração ou escaneamento corporal. Por prática informal compreende-se a prática de mindfulness ao longo de atividades do dia-a-dia como como comer, andar, lavar a louça e muitas outras, com o objetivo de autoregular a atenção de modo a mantê-la totalmente no momento presente durante a execução destas atividades. A participação em retiros silenciosos também é importante para a formação do profissional.

⁹ Profissional da saúde, profissional da saúde mental, pedagogo ou assistente social.

Quadro 8. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa	Questionário
Definição indicador	<p>No que se refere a formação profissional, as diretrizes propostas pela UK Network for Mindfulness-Based Teachers (2011) recomendam que o profissional que ministra o treinamento tenha sua qualificação profissional nas áreas de saúde ou saúde mental, educação ou assistência social e que, caso não possua a qualificação profissional sugerida, tenha experiência de vida equivalente. Além disso, as diretrizes destacam também a importância da participação de um programa de formação de instrutores de mindfulness com duração mínima de 12 meses. As pesquisas dão ênfase também ao fato de que a qualidade da intervenção está diretamente associada ao treinamento e prática do profissional que irá ministrar o programa (CRANE et al., 2010). Dentre os aspectos práticos citados como relevantes para a qualificação de um instrutor de mindfulness estão o tempo de meditação em anos, bem como a presença de prática diária, seja formal ou informal (CRANE et al., 2012; NETWORK, 2010)</p>

Quadro 9. Continuação.

SUBDIMENSÃO: INTEGRAÇÃO	
INDICADOR	TIPO DE COLETA
Existência de outros programas ou intervenções destinadas à saúde do trabalhador.	Questionário
MEDIDA	
Existência de outras intervenções destinadas à saúde do trabalhador nos últimos 3 anos.	
PARÂMETRO	
4 ou mais intervenções -> Muito Viável 2 a 3 intervenções -> Viável 1 ou nenhuma intervenção -> Pouco Viável	
Definição indicador	Um aspecto que impacta na saúde do trabalhador é o compromisso da gestão com o planejamento e realização de intervenções voltadas à prevenção de agravos e promoção da saúde nos profissionais. A inexistência de intervenções adequadas com o propósito de promover a saúde do trabalhador pode constituir uma barreira para resultados satisfatórias na criação de um ambiente de trabalho saudável (REINHARDT; FISCHER, 2009). A existência de políticas organizacionais que possibilitem e incentivem a realização de programas destinados à saúde do trabalhador é um facilitador para que as mudanças no sistema exigidas pela realização de novos programas sejam efetivadas.

Quadro 10. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho para participação na intervenção.		Questionário
MEDIDA		
Possibilidade de realização das sessões dentro do turno de trabalho.		
PARÂMETRO		
Realizadas dentro do horário de trabalho -> Muito viável Realizadas fora do horário de trabalho -> Pouco viável		
Definição indicador	Uma das principais barreiras organizacionais encontradas em um estudo acerca da implementação de grupos de meditação mindfulness em um serviço de saúde foram as limitações no tempo da equipe e dos participantes. A literatura aponta o fato de que, caso seja demandado que os profissionais tenham de utilizar tempo pessoal para a participar do programa, há a expectativa de que isso interfira e reduza a adesão (BYRON et al., 2015).	

Quadro 11. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência		Questionário
MEDIDA		
Existência de cobertura por parte de outros profissionais para realizar as suas funções enquanto participam da intervenção.		
PARÂMETRO		
Existência de outros profissionais cobrindo a função -> Muito viável Não existência de outros profissionais cobrindo a função -> Pouco viável		
Definição indicador	Uma das principais barreiras organizacionais encontradas em um estudo acerca da implementação de grupos de meditação mindfulness em um serviço de saúde foi a falta de apoio para participação nos grupos. Os participantes relataram que sair de um trabalho de alto estresse e ir participar de um grupo de meditação foi difícil e que uma das principais barreiras foi falta de cobertura por parte de outros profissionais no momento em que estavam ausentes para realizar as suas funções (BYRON et al., 2015).	

Quadro 12. Continuação.

DIMENSÃO PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS	
SUBDIMENSÃO: DEMANDA	
INDICADOR	TIPO DE COLETA
Percepção sobre o estresse	Questionário
MEDIDA	
Autopercepção sobre estresse no ambiente de trabalho.	
Percepção sobre estresse de outros profissionais no ambiente de trabalho	
PARÂMETRO	
<p>Autopercepção (5 pt) Percepção estresse de outros (5 pt) Não percepção de estresse em si (0 pt) Não percepção de estresse nos outros (0 pt)</p> <p>Média da soma dos pontos de cada profissional: >4 pontos -> Muito viável 3,9 a 2 pontos -> Viável 1,9 a 1 ponto -> Pouco viável <1 ponto - Inviável</p>	
Definição indicador	<p>A literatura aponta que, ao mensurar o estresse, a utilização de uma mensuração objetiva implica que os eventos em si próprios seriam os causadores do estresse e de suas consequências fisiológicas decorrentes. No entanto, não são os eventos em si mas sim a percepção do indivíduo sobre um evento ser um agente estressor ou não, bem como sua percepção acerca de seus recursos comportamentais para lidar com a situação, que irão afetar seu julgamento final sobre se ele de fato sente-se estressado. Desta forma, é desejável que, ao invés de uma mensuração objetiva, seja medido a <i>percepção</i> do estresse por parte do profissional (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Outros estudos focaram em investigar a percepção dos trabalhadores sobre a sua saúde mental (SELLIGMAN-SILVA, 2011). Além disso, a habilidade de perceber estresse em outras pessoas, como colegas de trabalho, que ocorre através da inferência de seus estados fisiológicos através de sinais corporais externos (KLAPATCH, 2014), é um fator que faz parte da percepção dos efeitos do estresse organizacional como um todo.</p>

Quadro 13. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Percepção sobre a necessidade de intervenção para redução do estresse	Questionário
MEDIDA	
<p>Percepção sobre a necessidade e importância de uma intervenção para redução de estresse no profissional</p> <p>Percepção sobre a necessidade e importância de uma intervenção para redução de estresse nos colegas de trabalho</p>	
PARÂMETRO	
<p>Percepção da necessidade de intervenção para si (5 pt) Percepção da necessidade de intervenção para os colegas (5 pt) Não percepção da necessidade de intervenção para si (0 pt) Não percepção da necessidade de intervenção para os colegas (0 pt)</p> <p>Média da soma dos pontos de cada profissional: >4 pontos -> Muito viável 3,9 a 2 pontos -> Viável 1,9 a 1 ponto -> Pouco viável <1 ponto - Inviável</p>	
Definição indicador	<p>A literatura aponta a importância da percepção de profissionais da saúde sobre o estresse existente em seu ambiente de trabalho na sua tomada de futuras decisões (BAUER; GRONEBERG, 2013) Por exemplo, a percepção, não somente individual mas coletiva, por parte dos profissionais de que características do ambiente de trabalho são possíveis estressores, como cargos que são desvalorizados ou pouco respeitados, pode gerar solidariedade entre os mesmos acerca da necessidade de intervenção e promover estratégias para exigir modificações e benefícios (BLAUG; KENYON; LEKHI, 2007) Além disso, a percepção de quais intervenções são possíveis para lidar com problemas relacionados à saúde mental do trabalhador, neste caso o estresse organizacional, irá influenciar o comportamento de buscar determinados tipos ajuda e a adesão a programas específicos para redução de estresse. É, portanto, fundamental avaliar a necessidade por intervenções pela perspectiva dos sujeitos que irão recebê-las (MEADOWS et al., 2002; PRINS et al., 2008).</p>

Quadro 14. Continuação.

SUBDIMENSÃO: ACEITABILIDADE	
INDICADOR	TIPO DE COLETA
Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness	Questionário
MEDIDA	
Existência de conhecimento pelo gestor acerca do que é meditação mindfulness.	
Existência de conhecimento pelo gestor acerca da evidência científica que dá suporte a prática.	
PARÂMETRO	
SIM SIM -> Muito viável SIM NÃO -> Viável NÃO NÃO -> Viável	
Definição indicador	Experiências com mindfulness e conhecimento da técnica têm-se mostrado influências positivas para a iniciativa de realização e facilitação da implementação de um programa de meditação mindfulness (BYRON et al., 2015).

Quadro 15. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Adesão dos profissionais ao programa		Observação
MEDIDA		
Percentual de profissionais que iniciaram o programa em relação ao total de profissionais convidados a participar.		
PARÂMETRO		
>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 0% a 50% -> Pouco Viável		
Definição indicador	O foco de diversos estudos em avaliação têm sido investigar fatores relacionados à baixa adesão e o impacto negativo desta na eficácia de uma intervenção ou tratamento (GUIMARÃES et al., 2010; SOARES; ASSUNÇÃO, 2006) Estudos de viabilidade de intervenções de mindfulness breves têm investigado e mensurado a adesão dos participantes em diferentes momentos da pesquisa (RUFFAULT et al., 2016).	

Quadro 16. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Continuidade da participação dos profissionais ao longo ao programa	Observação
MEDIDA	
Percentual de profissionais que participaram de pelo menos 3 sessões do programa em relação ao total de profissionais que iniciaram o programa.	
PARÂMETRO	
100% a 83% -> Muito viável 83% a 75% -> Viável 75% a 50% -> Pouco viável <50% -> Inviável	
Definição indicador	<p>O foco de diversos estudos em avaliação têm sido investigar fatores relacionados à baixa adesão e o impacto negativo desta na efetividade de uma intervenção ou tratamento (GUIMARÃES et al., 2010; SOARES; ASSUNÇÃO, 2006) Estudos de viabilidade de intervenções de mindfulness breves, têm mensurado a adesão dos participantes em diferentes momentos da pesquisa, investigando portanto a continuidade da participação dos profissionais ao longo do programa (RUFFAULT et al., 2016). A taxa média de desistência em programas de meditação mindfulness é de 17% para uma população não-clínica de adultos (KHOURY et al., 2015).</p>

Quadro 17. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Recomendação do programa de meditação mindfulness para colegas		Questionário
MEDIDA		
Percentual de profissionais que recomendariam o programa de meditação mindfulness como intervenção para redução do estresse organizacional para outros profissionais		
PARÂMETRO		
>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 25% a 50% -> Pouco Viável <25% -> Inviável		
Definição indicador	Um dos fatores que está relacionado com a aceitabilidade do programa de meditação mindfulness pelos participantes é se, após participarem, eles recomendam a intervenção para seus pares (MITCHELL et al., 2013).	

Quadro 18. Continuação.

INDICADOR		TIPO DE COLETA
Percepção do acúmulo de carga em função da intervenção		Questionário
MEDIDA		
Percentual de profissionais que percebem acúmulo de carga em função da participação no programa de meditação mindfulness		
PARÂMETRO		
>75% -> Inviável 50% a 75% -> Pouco Viável 25% a 50% -> Viável <25% -> Muito Viável		
Definição indicador	Uma das barreiras percebida à implementação de um grupo de meditação mindfulness para profissionais da saúde é que o treinamento pode tornar-se mais uma obrigação em suas já sobrecarregadas agendas (BYRON et al., 2015)	

Quadro 19. Continuação.

INDICADOR	TIPO DE COLETA
Percepção do programa como técnica efetiva para redução do estresse organizacional	Questionário
MEDIDA	
Percentual de profissionais que percebem o programa de meditação mindfulness como técnica efetiva para redução do estresse organizacional	
PARÂMETRO	
>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 25% a 50% -> Pouco Viável <25% -> Inviável	
Definição indicador	A literatura aponta que a aceitabilidade do programa de meditação mindfulness e a utilização da técnica como prática rotineira de uma unidade de saúde está ligado à percepção gradual dos benefícios da técnica pelos participantes ao longo do programa, tanto em si mesmo como nos outros profissionais (BYRON et al., 2015).

A matriz de julgamento apresentada no Quadro 3 contém o julgamento de valor de cada indicador, subdimensão, dimensão e do programa como um todo, através de sínteses matemáticas progressivas. Para facilitar a operacionalização da análise, cada nível de viabilidade recebeu escores de valores: 3 (três) para o nível “Muito viável”; 2 (dois) para o nível “Viável”; 1 (um) para o nível “Pouco Viável” e 0 (zero) para o nível “Inviável”. Deve-se atentar ao fato de que, além disso, a matriz de julgamento prioriza indicadores e subdimensões como afetando a viabilidade de forma distinta e, portanto, eles têm seus escores multiplicados por pesos diferentes. Por exemplo, se o peso de um indicador é 2 (dois) o seu escore será 6 (seis) para “Muito Viável”, já que o escore inicial 3 (três) do nível “Muito Viável” foi multiplicado por dois. Por outro lado, as dimensões Contexto Organizacional e

Perspectiva dos Stakeholders são igualmente importantes em sua influência na viabilidade do programa e, por esse motivo, possuem pesos iguais, de forma que estes não são especificados na matriz de julgamento.

Quadro 20. Matriz de julgamento da viabilidade de um programa de meditação mindfulness

SUBDIMENSÃO	INDICADOR	JULGAMENTO DE VALOR
		SUBDIMENSÕES
PRATICIDADE Peso = 1	Espaço adequado para realização das atividades Peso = 1	<p>Σ Escores</p> <p>6 = Muito viável (3) 5-4 = Viável (2) 3-0 = Inviável (0)</p>
	Material adequado para realização das atividades Peso = 1	
ADAPTAÇÃO Peso = 1	Extensão do programa Peso = 1	<p>Σ Escores</p> <p>6-5 = Muito viável (3) 4 = Viável (2) 3-2 = Pouco Viável (1) 1-0 = Inviável (0)</p>
	Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa Peso = 1	

Quadro 21. Continuação.

SUBDIMENSÃO	INDICADOR	JULGAMENTO DE VALOR
		SUBDIMENSÕES
INTEGRAÇÃO Peso = 1	Existência de setor relacionado a Saúde do Trabalhador ou coordenação da Atenção Primária Peso = 1	<p style="text-align: center;">Σ Escores</p> <p style="text-align: center;">9-8 = Muito viável (3) 7-6 = Viável (2) 4-5 = Pouco Viável (1) 3-1 = Inviável (0)</p>
	Disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho para participação na intervenção Peso = 1	
	Disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência Peso = 1	
DEMANDA Peso = 1	Percepção sobre o estresse Peso = 1	<p style="text-align: center;">Σ Escores</p> <p style="text-align: center;">6-5 = Muito viável (3) 4 = Viável (2) 3-2 = Pouco Viável (1) 1-0 = Inviável (0)</p>
	Percepção sobre a necessidade de intervenção para redução do estresse Peso = 1	

Quadro 22. Continuação.

SUB DI MEN SÃO	INDICADOR	JULGAMENTO DE VALOR
		SUBDIMENSÕES
ACEITABILIDADE Peso = 2	Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness Peso = 1	<p style="text-align: center;">Σ Escores</p> <p>36-26 = Muito viável (6) 25-17 = Viável (4) 16-07 = Pouco Viável (2) 6-0 = Inviável (0)</p>
	Adesão dos profissionais ao programa Peso = 2	
	Continuidade da participação dos profissionais ao longo do programa Peso = 2	
	Recomendação do programa de meditação mindfulness para colegas Peso = 2	
	Percepção do acúmulo de carga em função da intervenção Peso = 2	
	Percepção do programa como técnica efetiva para redução do estresse organizacional Peso = 2	

Quadro 23. Continuação.

JULGAMENTO DE VALOR	
DIMENSÕES	PROGRAMA
<p>CONTEXTO ORGANIZACIONAL</p> <p>Σ Escores</p> <p>9-8 = Muito viável (3) 7-6 = Viável (2) 5-4 = Pouco Viável (1) 3-0 = Inviável (0)</p>	<p>Σ Escores</p> <p>6 = Muito viável 5-4 = Viável 3-2 = Pouco Viável 1-0 = Inviável</p>
<p>PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS</p> <p>Σ Escores</p> <p>9-8 = Muito viável (3) 7-5 = Viável (2) 4-3 = Pouco Viável (1) 2-0 = Inviável (0)</p>	

DISCUSSÃO

A relevância do presente estudo dá-se em função da importância de que se façam avaliações de viabilidade de práticas baseadas em evidência que já possuem robusta evidência científica que as indiquem como eficazes, visando através do entendimento da viabilidade da intervenção para um determinado contexto e dos fatores que a influenciam, propor estratégias e planos de ação para realizar os ajustes necessários que precedem uma implementação em larga escala.

Por viabilidade da intervenção compreende-se se uma intervenção é passível de ser realizada adequadamente em um determinado contexto organizacional. Por realização adequada de uma

intervenção entende-se a possibilidade de realização desta de forma que suas características fundamentais, necessárias para a obtenção do resultado esperado, estejam presentes. Por exemplo, em um programa de meditação mindfulness Gunaratana (2011) aponta que deve-se evitar ambientes com música ou com interrupções, de forma que caso não se consiga um ambiente adequado para a realização da prática, o resultado final esperado, que é a redução do estresse, pode não ser atingido. Neste caso, um determinado fator do contexto organizacional, a falta de espaço físico adequado, pode afetar a viabilidade do programa, já que este não poderá ser realizado de maneira adequada, com suas características fundamentais preservadas de forma que o resultado desejado seja possível de ser alcançado. A realização do programa de meditação mindfulness seria, portanto, inviável para aquele contexto.

O conceito de viabilidade é distinto do conceito de implementação. Por implementação entende-se o conjunto de atividades realizadas com o intuito de colocar em prática uma atividade ou programa (FIXSEN et al., 2005).

A implementação de um programa pode ser dividida temporalmente em seis estágios: exploração e adoção, instalação do programa, implementação inicial, operação completa, inovação e sustentabilidade. A exploração e adoção é o estágio em que se avalia a correspondência entre as necessidades da comunidade, os programas baseados em evidência e os recursos, e os gestores tomam a decisão de proceder com um determinado programa ou não. A instalação do programa diz respeito às atividades que devem ser realizadas antes do programa iniciar, como manejar recursos humanos ou realizar novas contratações, conseguir o espaço adequado, dentre outros. A implementação inicial consiste no período em que o programa já está implementado mas as mudanças complexas que este exige para a organização não se tornaram práticas rotineiras do serviço, de modo que a confiança acerca da decisão de adotar definitivamente este programa ainda está sendo testada. O estágio da operação completa se dá quando o programa já está totalmente adequado ao sistema e a inovação se tornou uma “prática aceita” e é tratada como usual. O estágio da inovação ocorre quando os grupos de interesse, em relação a um programa já completamente implementado e adequado ao sistema, decidem realizar inovações no programa de forma a produzir ainda melhores efeitos. Por fim, o estágio da sustentabilidade concerne a como adaptar-se a modificações no contexto que ocorrem em qualquer organização ao longo dos anos, mudanças organizacionais estas que podem se tornar dificuldades anteriormente inexistentes (FIXSEN et al., 2005).

A viabilidade de um programa diz respeito aos fatores que são barreiras que podem impedir que o programa se realize ou que podem prejudicar que este seja realizado de maneira adequada em um determinado contexto; bem como diz respeito aos fatores que são facilitadores, fatores que estão possibilitando a realização do programa e a sua realização adequada neste contexto. A viabilidade diz respeito a se é possível realizar adequadamente um programa em um determinado contexto, ao passo que a implementação é o processo de colocar o programa em prática.

Problemas na implementação de um programa, portanto, não se dão somente em função da viabilidade. Um programa pode ser viável mas ser implementado de maneira inadequada. Por exemplo, o sistema de saúde pode ter um espaço adequado para a realização da prática da meditação mas, devido a uma falha do gestor, esse espaço não ser reservado em tempo hábil. Seria um problema no processo de implementação mas não diria respeito à viabilidade do programa no que se refere a aquele contexto específico. Por esse motivo, um programa ser viável em um determinado contexto, que significa ele poder ser realizado com suas características fundamentais preservadas de forma que seja possível que os resultados desejados sejam alcançados, não quer dizer que estes resultados necessariamente irão ocorrer. Tanto o programa ser viável para um determinado contexto, bem como a sua implementação ser feita de maneira correta, são fatores que podem afetar se o programa irá produzir os efeitos desejados.

Isto torna-se evidente no caso das intervenções baseadas em *mindfulness*. Estas intervenções são classificadas pela literatura como intervenções complexas, já que envolvem interação entre diversos componentes e promovem mudanças complexas no comportamento de participantes. Logo, faz-se necessário, quando se tratando de intervenções baseadas em *mindfulness*, sempre levar em conta que uma falta de resultados desejados da intervenção não necessariamente significa que esta não é efetiva; já que isto pode ocorrer tanto em relação problemas com viabilidade, como barreiras existentes no contexto organizacional, quanto a falhas no processo de implementação (CRAIG et al., 2008; DEMARZO; CEBOLLA; GARCIA-CAMPAYO, 2015).

No que concerne a viabilidade e implementação, deve-se ressaltar, contudo, que programas que não são viáveis em relação a um determinado contexto organizacional, consequentemente não serão capazes de serem realizados adequadamente, independente do processo de implementação.

O tipo de estudo que visa avaliar o nível que uma intervenção é viável em um determinado contexto do mundo real é chamado de avaliação de viabilidade (CHEN, 2010). A avaliação da viabilidade tem como uma de suas finalidades permitir a identificação de possíveis fatores, no programa ou no sistema, cuja modificação é necessária e identificar se é possível efetuar-la, com o objetivo de que, efetuando estas modificações, o programa possa então ser realizado adequadamente. A avaliação da viabilidade, portanto, irá indicar, após analisar fatores que são barreira ou facilitadores, modificações que poderão ser efetivadas no processo de implementação.

Caso a avaliação da viabilidade não seja realizada e a intervenção seja implementada sem que se realize os devidos ajustes, que envolvem tanto modificações na intervenção quanto modificações no sistema, vários problemas podem ocorrer.

Por exemplo, a baixa viabilidade de uma intervenção para um contexto e, conseqüentemente, uma implementação sem uma adaptação adequada podem fazer com que os participantes escolham outra intervenção em detrimento desta, mesmo que a intervenção escolhida pelos participantes tenha sido demonstrada como menos eficaz ou ineficaz (BELLAROSA; CHEN, 1997). Ou seja, no caso de intervenções para redução do estresse, os participantes podem escolher como preferível uma intervenção que a pesquisa científica não tenha demonstrado como eficaz mas que, por ser mais viável ao seu contexto, irá lhes parecer mais adequada. Talvez seja, por exemplo, uma intervenção que seja mais curta no que concerne ao tempo das sessões e os participantes preferem-na já que esta irá lhes proporcionar menor acúmulo de tarefas quando voltarem às suas funções.

No processo de implementação, é no estágio da exploração e adoção, quando assim o fazem, onde os gestores normalmente consideram a viabilidade de um programa, de forma a decidirem se irão adotá-lo e, subsequentemente, iniciar o estágio da instalação; considerações sobre a viabilidade, no entanto, podem ocorrer também em outros momentos distintos do processo de implementação.

Evitar implementações sem os ajustes necessários e que levem a resultados indesejados é somente um exemplo da importância da avaliação da viabilidade de intervenções para gestores e stakeholders como um todo. No contexto do mundo real, são os stakeholders (e não pesquisadores ou acadêmicos) os que organizam e implementam intervenções e programas. Logo, a preocupação destes sobre a viabilidade de programas é real. Viabilidade não irá garantir que um programa é eficaz ou efetivo, mas no contexto do mundo real, a

viabilidade é fundamental para que um programa tenha sucesso. Independente da eficácia ou efetividade de uma intervenção, a não ser que a intervenção seja prática, adequada à capacidade da organização para implementá-la e aceitável para clientes e para os profissionais que a irão colocar em prática, ela terá poucas chances de sobreviver (CHEN, 2010). Por exemplo, caso uma intervenção tenha custos elevados e incompatíveis com a capacidade da organização, mesmo que esta tenha sido demonstrada como a melhor em termos de eficácia, pode ser inviável e não será sequer implementada em primeiro lugar.

Percebe-se, portanto, que não basta que uma intervenção em saúde seja somente eficaz, que estudos demonstrem relações causais entre a intervenção e o desfecho. Esta tem de ser, ao mesmo tempo, eficaz e viável. Intervenções eficazes que não são viáveis, são inúteis na prática, já que estas não serão passíveis de serem implementadas ou, caso implementadas e devidos a problemas na sua adequação a um contexto específico, os seus efeitos não serão reproduzíveis. O mesmo vale para intervenções que são viáveis para serem implementadas mas que não possuem eficácia, estas também não são úteis para que se alcance os resultados desejados (VAN OOSTROM et al., 2009). Na área da saúde, portanto, a avaliação de viabilidade de intervenções em saúde são extremamente importantes para compreender como uma intervenção ocorre na realidade de uma comunidade e de um sistema de saúde (BOWEN et al., 2009).

Além disso, dentre os estudos de avaliação da viabilidade realizados, alguns deles irão optar por avaliar a viabilidade de um programa ou intervenção através de níveis de viabilidade. Em um estudo, por exemplo, sobre a implementação de programas e políticas que valorizem a atividade física e o comer saudável entre crianças, enfatizou-se a importância de implementar cada mudança ou política de acordo com os níveis de viabilidade aferidos pelo pesquisador, que foram divididos entre alta viabilidade e baixa viabilidade (BELANSKY et al., 2013). Um estudo que investigou a eficácia e viabilidade de intervenções não-farmacológicas para sintomas de demência dividiu as intervenções entre alta, média e baixa viabilidade, sendo que quanto mais baixa a viabilidade, maior a necessidade de ações para tornar possível a implementação (SEITZ et al., 2012). Já em outra pesquisa, foi realizado um comitê de consenso com especialistas e pedido a eles que avaliassem estratégias de implementação de acordo com o seu nível de viabilidade, sendo estes níveis divididos como Inviável, Um pouco viável, Moderadamente viável, Muito viável e Extremamente viável (WALTZ et al., 2014). Não só a viabilidade, mas os níveis de

viabilidade são insumos importantes para auxiliarem gestores na decisão de considerarem a adoção de práticas baseadas em evidência no contexto da saúde (ZAZZALI et al., 2008).

No que diz respeito à avaliação de programas baseados em *mindfulness*, no contexto atual das pesquisas onde já há extensa literatura acerca da eficácia destas intervenções, a avaliação da viabilidade é, portanto, relevante para prover informações de como, através de ajustes e modificações quando possíveis de serem realizadas, estas intervenções deverão ser implementadas de forma a se efetivarem como práticas clínicas rotineiras em sistemas de saúde. As avaliações de viabilidade surgem como um tipo de pesquisa científica que pode auxiliar no processo de se superar a atual lacuna que existe entre pesquisa em *mindfulness* e ampla aplicação desta prática baseada em evidências em diferentes contextos organizacionais.

No presente trabalho, através da revisão de literatura e realização da oficina de consenso, foi possível identificar fatores, agregados em dimensões e subdimensões, que afetam a viabilidade do programa de meditação *mindfulness* e que compuseram a matriz avaliativa. Deve-se pontuar, que através do processo de discussão com especialistas na oficina de consenso, as subdimensões e indicadores, ao contrário das dimensões, foram entendidas como tendo importância distinta na determinação da viabilidade do programa e, portanto, receberam pesos diferentes na matriz de julgamento.

Acerca da dimensão Contexto Organizacional, por exemplo, foi discutido que todas as subdimensões, Praticidade, Adaptação e Integração, influenciam a viabilidade do programa de maneira similar. Isto se dá, pois, o espaço e materiais necessários, no quesito praticidade, a importância de se poder realizar o programa em um molde adequado e a disponibilidade de um profissional qualificado a aplicá-lo, no quesito adaptação, bem como a possibilidade de realização da intervenção dentro do horário de trabalho e a disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência, no quesito integração, são todos fatores que não só influenciam a viabilidade da realização do programa como podem também inviabilizá-lo por completo.

Na dimensão Perspectiva dos Stakeholders, a oficina de consenso também considerou as subdimensões como tendo importância e, portanto, pesos diferentes. A aceitabilidade do programa por grupos de interesse, que recebeu o dobro do peso, exerce um maior impacto sobre a viabilidade da realização e futura implementação deste do que a demanda em si. No que se refere à demanda, os profissionais da atenção básica, por exemplo, podem não possuírem em seu repertório o

comportamento de perceber adequadamente que estão estressados, sendo que um dos objetivos de programas de meditação mindfulness é justamente aumentar a percepção sobre sensações corporais; podem se ver estressados mas não terem o repertório comportamental para perceberem os colegas estressados; podem perceber ambos estressados mas não ter clareza sobre qual seria a intervenção necessária; e podem, em última instância, sentirem-se satisfeito com o programa mesmo tendo sido convocados a participar e não terem nenhuma demanda por este, a priori.

No que refere à aceitabilidade, contudo, questões como a percepção de acúmulo de carga após o trabalho, a adesão ao programa, a continuidade da participação dos participantes, a percepção do programa como satisfatório e a recomendação do programa a colegas, são fatores que exercem um grande impacto em o programa ser realizado, ser implementado e tornar-se uma prática institucionalizado em um sistema de saúde. Estas considerações refletiram na adoção de pesos diferentes para estas duas subdimensões.

Deve-se apontar, no entanto, que o indicador de aceitabilidade que mede o conhecimento prévio do gestor sobre meditação mindfulness, em função de sua menor importância, recebeu um peso menor dentro de sua própria subdimensão, quando comparado aos outros indicadores. Isto ocorre uma vez que, em relação ao conhecimento prévio do gestor, o gestor pode não conhecer meditação mindfulness ou a evidência científica que dá suporte a esta mas, mesmo assim, por motivos diversos como confiar em um profissional de saúde do sistema que é qualificado a aplicá-la e advoga seus benefícios ou então pelo gestor já possuir percepções favoráveis às práticas integrativas e complementares, decidir por permitir realizá-la. Ou seja, o conhecimento prévio do gestor afeta sim a viabilidade, mas em menor escala e não é capaz de inviabilizá-la ou torná-la pouco viável. Este indicador é o único que possui menor peso que outros indicadores de uma mesma subdimensão, considerando a matriz de julgamento como um todo.

Outro aspecto a ser levado em conta é que, após terem sido estabelecidos os fatores que determinam a viabilidade e que foram expostos na matriz avaliativa, para avaliar alguns deles, através de uma avaliação de viabilidade, é necessário que se faça ao menos um programa de meditação mindfulness. Por exemplo, indicadores da subdimensão Praticidade, como espaço e material adequados, podem ser avaliados através da observação e sem a necessidade que um programa de meditação mindfulness seja realizado. Já indicadores como adesão ao

programa e percepção do programa como satisfatório para redução do estresse, por outro lado, só podem ser avaliados com os participantes de um programa. Portanto, para que se faça uma avaliação da viabilidade completa que investigue todos os fatores, deve-se propor ao menos um programa de meditação mindfulness antes de uma larga implementação. Após a realização de um programa de meditação mindfulness será possível explorar todos os fatores que determinam a viabilidade do programa e propor modificações necessárias.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do modelo-teórico lógico, da matriz avaliativa e da matriz de julgamento elucidam quais são os fatores que influenciam a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse em um contexto específico, bem como a importância relativa destes em relação a influência que exercem quando comparados entre si. Este é o primeiro passo para que se avalie a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse em profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde.

O ganho de qualidade no que se refere à compreensão da viabilidade de um programa de meditação mindfulness, obtido pela elucidação dos diversos fatores que esta influenciam, dá-se em função da metodologia adotada nesta pesquisa, participativa e que utilizou-se de métodos de consenso para agregar conhecimento amplo de especialistas em meditação mindfulness, saúde do trabalhador e avaliação em saúde. Os indicadores foram considerados pelos especialistas como válidos, coerentes, sensíveis e passíveis de serem obtidos, o que indica que o modelo avaliativo proposto neste trabalho pode ser utilizado em posteriores estudos avaliativos. Deve-se ressaltar, contudo, que ajustes na matriz de avaliação, matriz de julgamento e modelo teórico-lógico podem ocorrer no futuro, em função de novos insumos e necessidades decorrentes do processo de avaliação em si.

Ao descobrir quais são os fatores que afetam a viabilidade de um programa de meditação mindfulness e posteriormente avaliá-los, será possível compreender quais os facilitadores e as barreiras para a realização do programa em um contexto específico. O próximo passo, portanto, na avaliação da viabilidade do programa para o contexto da atenção básica do Sistema de Saúde é que seja realizado um projeto de meditação mindfulness, de forma que o modelo avaliativo seja aplicado e, a partir das informações decorrentes da avaliação, o gestor possa

decidir se irá implementar o programa e, caso o vá fazê-lo, realizar os ajustes necessários para uma implementação de larga escala.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. **Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook Editora, p. 89-107, 2010.**

BAUER, Jan; GRONEBERG, David A. Perception of stress-related working conditions in hospitals (iCept-study): a comparison between physicians and medical students. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v. 8, n. 1, p. 1, 2013.

BELANSKY, Elaine S. et al. Adapted intervention mapping: a strategic planning process for increasing physical activity and healthy eating opportunities in schools via environment and policy change. **Journal of School Health**, v. 83, n. 3, p. 194-205, 2013.

BELLAROSA, Cinzia; CHEN, Peter Y. The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions: A survey of subject matter expert opinions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 2, n. 3, p. 247, 1997.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde Evaluation model for municipal health planning management. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.

BLAUG, Ricardo; KENYON, Amy; LEKHI, Rohit. Stress at work: A report prepared for the work foundation's principal partners. 2007.

BOWEN, Deborah J. et al. How we design feasibility studies. **American journal of preventive medicine**, v. 36, n. 5, p. 452-457, 2009.

BURTON, Amy et al. How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. **Stress and Health**, 2016.

BYRON, Gerard et al. Implementation of mindfulness training for mental health staff: Organizational context and stakeholder perspectives. **Mindfulness**, v. 6, n. 4, p. 861-872, 2015.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 11, n. 4, p. 358-364, 2002.

CARVALHO, Liliane de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 3, p. 0-0, 2007.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. **Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 61-76, 2011.

CHEN, Huey T. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. **Evaluation and Program Planning**, v. 33, n. 3, p. 205-214, 2010.

CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 15, n. 5, p. 593-600, 2009.

CHILENSKI, Sarah M. et al. A multi-level examination of how the organizational context relates to readiness to implement prevention and evidence-based programming in community settings. **Evaluation and program planning**, v. 48, p. 63-74, 2015.

COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

CRAIG, Peter et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **Bmj**, v. 337, p. a1655, 2008.

CRANE, Rebecca S. et al. Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. **Mindfulness**, v. 1, n. 2, p. 74-86, 2010.

CRANE, Rebecca S. et al. Competence in teaching mindfulness-based courses: concepts, development and assessment. **Mindfulness**, v. 3, n. 1, p. 76-84, 2012.

CRANE, Rebecca S.; KUYKEN, Willem. The implementation of mindfulness-based cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. **Mindfulness**, v. 4, n. 3, p. 246-254, 2013.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, p. 385-396, 1983.

COSTNER, Herbert L. The validity of conclusions in evaluation research: A further development of Chen and Rossi's theory-driven approach. **Evaluation and Program Planning**, v. 12, n. 4, p. 345-353, 1989.

D'ANGELO, EUGENE J. et al. Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. **Family process**, v. 48, n. 2, p. 269-291, 2009.

DEMARZO, M. M. P.; CEBOLLA, A.; GARCIA-CAMPAYO, J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 2, p. 166-171, 2015.

DEMARZO, Marcelo et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 573-582, 2015.

FALGUERAS, Maite Vilà et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 1, p. 25-31, 2015.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. 2009.

FIXSEN, Dean L. et al. **Implementation Research:: A Synthesis of the Literature**. Tampa: Louis de La Parte Florida Mental Health Institute, 2005. 119 p. Disponível em: <<http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

GARCIA, Nármada Divina Fontenele. Avaliação de estrutura e processo das estratégias de controle da malária nos municípios Cantá e São João da Baliza–Roraima, Brasil. 2014.

GUIMARÃES, Norma Gonzaga et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. 2010.

GUNARATANA, Bhante H. **Mindfulness in plain English**. Simon and Schuster, 2011.

HARRISON, Michael I. et al. Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems. **Health care management review**, v. 41, n. 2, p. 127-144, 2016.

HERNÁNDEZ-VARGAS, Clara Ivette et al. Factores psicosociales predictores de burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria. **Ergonomía**, p. 227, 2009.

HOLMES, S. Work-related stress: a brief review. **The journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, v. 121, n. 4, p. 230-235, 2001.

KLAPATCH, Lukas. Intuitive Impressions: Comparing Law Enforcement and the General Population's Perception of Stress in Others. **Undergraduate Review**, v. 10, n. 1, p. 89-96, 2014.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 6, p. 763-771, 2013.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. **Journal of psychosomatic research**, v. 78, n. 6, p. 519-528, 2015.

KLATT, Maryanna D.; BUCKWORTH, Janet; MALARKEY, William B. Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. **Health Education & Behavior**, 2008.

KUYKEN, W.; CRANE, R.; WILLIAMS, M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT): Implementation Resources. **Exeter, Bangor and Oxford Universities**, 2012.

LAMOTHE, Martin et al. 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**, v. 24, p. 19-28, 2016.

LLAPA, Eliana Ofelia Rodriguez et al. Uso de práticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora. **Enfermería Global**, n. 39, p. 291, 2015.

LEONELLI, Luiz Bernardo. **Estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Medicina Preventiva. Saúde Coletiva.

MACKENZIE, Corey S.; POULIN, Patricia A.; SEIDMAN-CARLSON, Rhonda. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. **Applied Nursing Research**, v. 19, n. 2, p. 105-109, 2006.

MAISSIAT, Greisse da Silveira et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.

MARTINS, Leonardo Fernandes et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**, v. 19, n. 12, p. 4739-50, 2014.

MAYESKE, George W.; LAMBUR, Michael Thomas. **How to design better programs: a staff centered stakeholder approach to program logic modeling**. Crofton, MD: Program Design Institute, 2001.

MCINTYRE, Teresa. Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. **Análise Psicológica**, v. 12, p. 193-200, 1994.

MEADOWS, Graham et al. Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability. **Psychological medicine**, v. 32, n. 02, p. 299-309, 2002.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MELO, Bárbara M. Teixeira E.; GOMES, António Rui; CRUZ, José Fernando A. Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. 1997.

MITCHELL, John T. et al. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. **Journal of attention disorders**, p. 1087054713513328, 2013.

MORELLI, Stephanie Giulianne Silva; SAPEDE, Mário; DA SILVA, Andréa Tenório Correia. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

MORENO, Fernanda Novaes et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro**, p. 140-145, 2011.

NETWORK, UK Mindfulness-Based Teacher Trainer. Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses. **Available at: mindfulnesssteachersuk.org.uk/pdf/teacher-guidelines.pdf** (accessed 11 March 2013), 2011.

ORSMOND, Gael I.; COHN, Ellen S. The Distinctive Features of a Feasibility Study Objectives and Guiding Questions. **OTJR: occupation, participation and health**, v. 35, n. 3, p. 169-177, 2015.

PAZ, Leidijany Costa. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) como fonte de identificação de casos de AIDS em crianças. 2008.

PIRES, Diego Anselmi; COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Assessment of municipal management of oral health in primary care: data collection instrument accuracy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4525-4534, 2014.

PRINS, Marijn A. et al. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 6, p. 1038-1058, 2008.

REINHARDT, Érica Lui; FISCHER, Frida Marina. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. 2009.

RUFFAULT, Alexis et al. Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. **Contemporary Clinical Trials**, v. 49, p. 126-133, 2016.

SANTOS, André Faro; JÚNIOR, Antônio Alves. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, Manuel C.; BARROS, Luísa; CAROLINO, Elisabete. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. **Physiotherapy**, v. 96, n. 4, p. 303-310, 2010.

SCHOLZE, Alessandro da Silva et al. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SCHURE, Marc B.; CHRISTOPHER, John; CHRISTOPHER, Suzanne. Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. **Journal of Counseling and Development: JCD**, v. 86, n. 1, p. 47, 2008.

SEITZ, Dallas P. et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term

care: a systematic review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 6, p. 503-506. e2, 2012.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. In: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. Cortez, 2011.

SHAPIRO, Shauna L.; BROWN, Kirk Warren; BIEGEL, Gina M. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 1, n. 2, p. 105, 2007.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento et al. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.

SOARES, Raquel Guimarães; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LIMA, Francisco de Paula Antunes. A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. Searching for elements at work that could explain the low attendance to. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 31, n. 114, p. 149-160, 2006.

VAN OOSTROM, Sandra H. et al. A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 19, n. 2, p. 212-222, 2009.

ZAZZALI, James L. et al. The adoption and implementation of an evidence based practice in child and family mental health services organizations: A pilot study of functional family therapy in New York State. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 35, n. 1-2, p. 38-49, 2008.

WALTZ, Thomas J. et al. Expert recommendations for implementing change (ERIC): protocol for a mixed methods study. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 1, 2014.

5.2 ARTIGO 2

**Avaliação da viabilidade de um programa de meditação
mindfulness para redução do estresse organizacional em
profissionais da atenção básica**

Feasibility evaluation of a mindfulness based stress reduction
program intervention for primary care professionals

Pedro Henrique Ribeiro Santiago¹⁰
Cláudia Flemming Colussi
Leonardo Meira Valle

Resumo: Os profissionais da atenção básica, devido à natureza do seu trabalho e aos atuais aspectos organizacionais do contexto brasileiro, podem experimentar estresse organizacional. Uma Prática Integrativa e Complementar que crescente evidência científica têm indicado como capaz de reduzir o estresse organizacional é a meditação mindfulness. Apesar de ter sua eficácia demonstrada por pesquisas, não há ainda evidências sobre a viabilidade de programas de mindfulness para o contexto específico da atenção básica do Sistema Único de Saúde. O presente trabalho, através de uma matriz avaliativa, avalia no contexto da atenção básica os níveis de viabilidade de diferentes componentes do programa de meditação mindfulness, bem como do programa como um todo. Os resultados indicam que a atenção básica já dispõe do espaço e materiais necessários para a realização do programa. Além disso, o Sistema Único de Saúde favorece ações voltadas a saúde do trabalhador, o que é um facilitador para a sua implementação. Uma barreira crítica pode ser a extensão do programa em relação ao número de semanas e horas, além da dificuldade em encontrar instrutores de mindfulness com a formação completa recomendada. Os resultados indicam também que há demanda pela intervenção, já que os profissionais da atenção básica percebem a si e aos colegas como estressados. Por fim, os profissionais aceitaram o programa por considerar-lhe útil para a redução do estresse

¹⁰ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima, Rua Delfino Conti, s/n, Bloco H, Telefone: (048) 3721-6130, email de contato: phrs16@gmail.com

e o recomendariam para colegas de trabalho. O programa de meditação mindfulness foi julgado como viável para o contexto da atenção básica.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares; Atenção Plena; Atenção Primária à Saúde; Esgotamento Profissional; Estudos de Viabilidade.

Abstract: Primary care professionals, due to the nature of their work and the actual organizational aspects of brazilian health system, can experience organizational stress. A integrative and complementary therapy which a growing body of scientific evidence is showing as capable of reducing stress is mindfulness meditation. Although having the efficacy demonstrated by research, there is still no evidence about the feasibility of mindfulness based programs for the specific context of the primary care of the Sistema Único de Saúde. This paper aims, through the use of an evaluation matrix, to evaluate in the context of primary care the feasibility levels of different components of a mindfulness meditation program, as well as the feasibility level of the program itself. The results shows that que primary care context already disposes from the necessary material and space to execute the program. The Sistema Único de Saúde also favors action aiming to promote workers health, which is a facilitator for implementation. A critical barrier can be the program extension in number of weeks and hours, besides the difficulty in finding professionals with the complete formation required. The data shows that there is demand for the intervention, since the primary care professionals feel themselves and their colleagues as being stressed. Although retention rates could be higher, the professionals accepted the program as useful to reduce stress and would recommend it for other primary care professionals. The mindfulness based program was evaluated as feasible in the context of brazilian primary care.

Keywords: Integrative and complementary therapies; Mindfulness; Primary care; Organizational stress; Feasibility studies.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde são uma classe de profissionais que, devido à natureza do seu trabalho, que consiste em lidar diretamente com o sofrimento do usuário, estão entre aqueles mais afetados por

estresse organizacional e exaustão emocional (CARVALHO; MALAGRIS, 2007; LAMOTHE et al., 2016; MCINTYRE, 1994; MELO; GOMES; CRUZ, 1997; SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007) Além disso, os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica do Sistema Único de Saúde convivem com desafios, que podem tornar-se agentes estressores, relativos ao contexto da atenção básica nacional, como equipes incompletas da Estratégia Saúde da Família, falta de recursos e materiais, progressivo corte de verbas para a saúde e políticas de austeridade, precarização do vínculo trabalhista e terceirizações, dentre outros (LEONELLI, 2013; MAISSIAT et al., 2015).

Uma intervenção que um extenso e crescente número de pesquisas tem demonstrado como eficaz para redução do estresse, inclusive em profissionais de saúde, é a meditação *mindfulness* e os programas baseados nesta (BURTON et al., 2016; CHIESA; SERRETTI, 2009; DEMARZO et al., 2015; SCHURE; CHRISTOPHER; CHRISTOPHER, 2008; KHOURY et al., 2013; SHAPIRO; BROWN; BIEGEL, 2007). No Brasil, as práticas meditativas são abrangidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que surge em 2006 e tem como objetivo conhecer, apoiar, implementar e incorporar experiências com práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). No entanto, no contexto nacional, as práticas integrativas e complementares como um todo têm sido implementadas na atenção primária com foco nos usuários. Não foram encontrados estudos com sua aplicação em profissionais da atenção básica no contexto nacional, como possibilidade de intervenção sobre a saúde desses trabalhadores.

Apesar da vasta literatura acerca da eficácia de programas de meditação *mindfulness*, poucos ainda são os estudos acerca de sua viabilidade em diferentes contextos organizacionais (CRANE; KUYKEN, 2013; DEMARZO; CEBOLLA; GARCIA-CAMPAYO, 2015). Por viabilidade da intervenção compreende-se se uma intervenção é passível de ser realizada adequadamente em um determinado contexto organizacional. Por realização adequada de uma intervenção entende-se a possibilidade de realização desta de forma que suas características fundamentais, necessárias para a obtenção do resultado esperado, estejam presentes.

O conceito de viabilidade é distinto do conceito de implementação. Por implementação entende-se o conjunto de atividades realizadas com o intuito de colocar em prática uma atividade ou programa (FIXSEN et al., 2005). A viabilidade diz respeito à possibilidade de

realizar adequadamente um programa em um determinado contexto, ao passo que a implementação é o processo de colocar o programa em prática. Podem existir separadamente problemas relacionados à viabilidade de um programa, bem como problemas relacionados à sua implementação (SANTIAGO; COLUSSI, 2017).

O tipo de estudo que visa avaliar o nível que uma intervenção é viável em um determinado contexto do mundo real é chamado de avaliação de viabilidade (CHEN, 2010). A avaliação da viabilidade tem como uma de suas finalidades permitir a identificação de possíveis fatores, no programa ou no sistema, cuja modificação é necessária e identificar se é possível efetuar-la, com o objetivo de que, efetuando estas modificações, o programa possa então ser realizado adequadamente. A avaliação da viabilidade, portanto, irá indicar planos de ação, após analisar fatores que são barreira ou facilitadores (SANTIAGO; COLUSSI, 2017).

O objetivo do presente trabalho é avaliar a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da atenção básica. Além disso, será discutido através dos resultados quais os níveis de viabilidade de diferentes componentes do programa, bem como do programa como um todo.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa avaliativa do tipo ex-ante para avaliar a viabilidade de um programa de meditação mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

A avaliação ex-ante busca subsidiar a decisão se um projeto deve ou não ser implementado (COHEN; FRANCO, 1993). A avaliação ex-ante é, portanto, construída anteriormente ao início do programa e procura medir a viabilidade do programa a ser implementado, considerando tanto a viabilidade político e institucional bem como a expectativa dos beneficiários da ação (CAVALCANTI, 2006). Na avaliação ex-ante irá se realizar simulações com a finalidade de identificar estratégias e propor cursos de ação (RUA, 2000).

O modelo teórico-lógico, a matriz de avaliação e a matriz de julgamento utilizados para se realizar a avaliação neste estudo foram desenvolvidos em estudo prévio (SANTIAGO; COLUSSI, 2017). A matriz avaliativa composta por duas dimensões, cinco subdimensões e quinze indicadores é apresentada no Quadro 4.

Quadro 24. Matriz Avaliativa da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES
CONTEXTO ORGANIZACIONAL	PRATICIDADE	1 - Espaço adequado para realização das atividades
		2 - Material adequado para realização das atividades
	ADAPTAÇÃO	3 - Extensão do Programa
		4 - Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa
	INTEGRAÇÃO	5 - Existência de outros programas ou intervenções destinadas à saúde do trabalhador
		6 - Disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho para participação na intervenção
		7 - Disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência

Quadro 25. Continuação.

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES
PERSPECTIVA DOS STAKEHOLDERS	DEMANDA	8 - Percepção sobre estresse
		9 - Percepção sobre a necessidade de intervenção para redução do estresse
	ACEITABILIDADE	10 - Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness
		11 - Adesão dos profissionais ao programa
		12 - Adesão dos profissionais ao longo do programa
		13 - Recomendação do programa de meditação mindfulness para colegas
		14 - Percepção de acúmulo de carga em função da intervenção
		15 - Percepção do programa como técnica efetiva para redução do estresse organizacional

A matriz de julgamento é conhecida como a matriz final da avaliação, já que é através dela que são estabelecidos os níveis de viabilidade dos indicadores, das subdimensões, das dimensões e do programa como um todo. A avaliação da viabilidade através de níveis de

viabilidade pode produzir informações mais sensíveis sobre a viabilidade de componentes do programa, criando desta forma insumos para auxiliar na decisão dos gestores (ZAZZALI et al., 2008). Os níveis de viabilidade utilizados no presente estudo constituem-se em Muito Viável, Viável, Pouco Viável e Inviável.

Para facilitar a operacionalização da análise a ser realizada posteriormente através da matriz de julgamento, cada nível de viabilidade recebeu escores de valores: 3 (três) para o nível “Muito viável”; 2 (dois) para o nível “Viável”; 1 (um) para o nível “Pouco Viável” e 0 (zero) para o nível “Inviável”. Deve-se atentar ao fato de que a matriz de julgamento prioriza indicadores e subdimensões como afetando a viabilidade de forma distinta e, portanto, eles têm seus escores multiplicados por pesos diferentes. Por exemplo, se o peso de um indicador é 2 (dois) o seu escore será 6 (seis) para “Muito Viável”, já que o escore inicial 3 (três) do nível “Muito Viável” foi multiplicado por dois. Por outro lado, as dimensões Contexto Organizacional e Perspectiva dos Stakeholders são igualmente importantes em sua influência na viabilidade do programa e, por esse motivo, possuem pesos iguais (peso 1).

Cada indicador da matriz possui uma medida, como forma de dimensionar os resultados, a ser depois comparada com um parâmetro. A comparação do valor da medida, obtido através da coleta de dados, com o parâmetro irá estabelecer então o nível de viabilidade do indicador, que é convertido no escore correspondente e multiplicado pelo seu respectivo peso. Por exemplo, o indicador “Adesão dos profissionais ao programa” é calculado através da medida “Percentual de profissionais que iniciaram o programa em relação ao total de profissionais convidados a participar”. Após a coleta de dados, é possível obter esse percentual e compará-lo com o parâmetro, que explicita que valores acima de 75% indicam que o indicador é “Muito Viável”, abaixo de 75% até 50% indicam que ele é “Viável” e menores de 50% indicam que é “Pouco Viável”. Desta forma, ainda a título de exemplo, caso o indicador “Adesão dos profissionais ao programa” seja julgado como “Pouco Viável”, o seu escore correspondente seria 1 (um). No entanto, como o peso desse indicador é 2 (dois), após a multiplicação o escore definitivo será 2 (dois).

Após a definição dos níveis de viabilidade de cada indicador, o próximo passo da análise realizada através da matriz julgamento é a somatória dos escores de todos os indicadores que pertencem a uma mesma subdimensão. O resultado da soma dos escores, por sua vez, é comparado a um novo parâmetro referente àquela subdimensão. Este

processo irá definir o nível de viabilidade da subdimensão. Após o nível de viabilidade da subdimensão ser determinado, tal qual foi realizado com os indicadores, este é então convertido em seu escore correspondente e multiplicado pelo peso atribuído àquela subdimensão.

O passo seguinte da análise é a determinação do nível da viabilidade das dimensões. Para determinar esse nível, de maneira similar, os escores das subdimensões pertencentes a uma dimensão são somados e comparados ao parâmetro relativo àquela dimensão, resultando na obtenção do nível de viabilidade da dimensão e o seu respectivo escore. Nesse caso não há multiplicação, já que as dimensões possuem o mesmo peso.

O passo final da análise através da matriz de julgamento é a determinação do nível de viabilidade do programa como um todo. O processo se repete mais um vez com a soma dos escores das dimensões, de forma que a comparação do resultado da soma a um último parâmetro produz o julgamento de valor referente ao nível de viabilidade do programa de meditação mindfulness. Na matriz de julgamento, portanto, são realizadas progressivas sínteses matemáticas em relação aos indicadores, às subdimensões e às dimensões, possibilitando sucessivos julgamentos de valor sobre estes e decorrendo em um julgamento de valor final, que é o ponto de partida para as discussões e recomendações.

O presente trabalho optou por apresentar a matriz de julgamento não na sessão da Metodologia mas nos Quadros 5 e 6 da sessão de Resultados e Discussão, já com os resultados obtidos na coleta de dados e os julgamentos de valor estabelecidos, para facilitar a compreensão do processo avaliativo realizado no presente trabalho.

O presente estudo é constituído de três etapas.

A primeira etapa consistiu na elaboração dos instrumentos de coleta com base na matriz avaliativa e no modelo teórico lógico. Foram elaborados quatro questionários auto-aplicáveis para abranger todos os indicadores inclusos na matriz avaliativa, bem como para inquirir informações que não são contempladas pelos indicadores mas dizem respeito ao contexto onde o programa está sendo aplicado e podem servir de insumos importantes na discussão de barreiras e facilitadores da viabilidade da implementação do programa de meditação mindfulness. Elaborou-se um questionário para o gestor a ser respondido presencialmente antes da intervenção; um questionário para o profissional que ministrou o programa de meditação mindfulness, enviado por email e antes da intervenção; um questionário para os profissionais participantes da intervenção a ser entregue pessoalmente antes do primeiro encontro do programa de meditação mindfulness e um

questionário para os profissionais participantes da intervenção a ser entregue pessoalmente após o fim do último encontro do programa de meditação mindfulness (GUNTHER, 2003).

Foi elaborado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e o envio da documentação requisitada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Após a realização de ajustes, a pesquisa foi aprovada no dia 24 de Outubro de 2016.

A segunda foi a realização de uma intervenção baseada em mindfulness, que pode ser caracterizada como uma intervenção participante. O profissional que ministrou e conduziu os grupos é um médico que realiza residência em Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis.

O programa de meditação mindfulness foi aplicado em um município do sul do Brasil, com cerca de 60 mil habitantes, que possui 15 Unidades Básicas de Saúde nas quais atuam 20 equipes de Saúde da Família e 2 equipes do NASF. Os objetivos desta pesquisa foram discutidos em uma reunião composta por cinco pessoas, onde estiveram presentes o pesquisador, a orientadora da pesquisa, a responsável pelo setor de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, a responsável pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu e a profissional responsável pela coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A reunião se deu ao longo de uma manhã e definiu as características da intervenção baseada em mindfulness a ser realizada.

Foi solicitada a possibilidade da realização do modelo tradicional do programa, como oito semanas e intervenções de ao mínimo duas horas, uma vez por semana e em semanas consecutivas. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu, contudo, levando em conta a disponibilidade dos profissionais, definiu que seria possível serem realizadas apenas quatro intervenções em semanas consecutivas com a duração reduzida de uma hora e meia cada.

O critério de seleção dos profissionais que participariam da intervenção, realizada como parte da presente pesquisa, era de que fossem profissionais de saúde que atuassem na atenção básica, podendo fazer parte da Estratégia Saúde da Família ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Além disso, foi solicitado pela gestão, para a realização do projeto, que se criasse dois grupos distintos com os profissionais da atenção básica que atuam no município e, portanto, fossem realizadas duas intervenções em um mesmo dia (uma intervenção para cada grupo). O objetivo da divisão em dois grupos e da realização de duas

intervenções por dia foi o de evitar que fossem retirados muitos profissionais da assistência simultaneamente, o que poderia comprometer as atividades das Unidades Básicas de Saúde.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde decidiu convidar o máximo de profissionais possíveis, de forma que foram convidados trinta e três profissionais e vinte e cinco efetivamente participaram.

As intervenções se deram ao longo de quatro encontros semanais consecutivos durante o mês de Novembro, com duração de 1 hora e meia para cada grupo, nos dias 04, 11, 18 e 25. Os dois grupos ocorreram em horários diferentes, o primeiro das 13h até 14h30m e o segundo das 15h até as 16h30m.

Os encontros não foram realizados nas Unidades de Saúde mas sim em um auditório na Secretaria Municipal de Saúde. Participaram aqueles que voluntariamente concordaram em tomar parte na pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao longo das intervenções e ao seu final foram realizadas observações da estrutura física e questionários com os profissionais.

A terceira etapa consistiu na análise e discussão dos resultados obtidos, preenchimento da matriz de julgamento e estabelecimento de juízos de valor. O processo de preenchimento da matriz de julgamento foi realizado com os dados quantitativos obtidos nos questionários e observações e levaram ao julgamento de valor final sobre a viabilidade do programa.

As questões que abrangiam respostas qualitativas e que visavam avaliar fatores de contexto, como por exemplo quais fatores os participantes acreditavam que eram agentes estressores para os profissionais da atenção básica como um todo, foram analisadas tomando como base instruções metodológicas da análise de conteúdo. O presente trabalho utilizou-se de categorização, que é o procedimento de agrupar dados considerando o que há em comum entre eles, tendo como um dos seus objetivos a sua redução e síntese, de forma a melhor analisá-los. As categorias do presente trabalho foram definidas através de critérios semânticos, resultado em categorias temáticas. Além disso, a categorização foi feita a partir dos dados e não foram criadas categorias *a priori*, resultando em um processo não sequencial e linear mas sim circular e cíclico, onde os inúmeros esforços de retorno periódico aos dados levaram a um refinamento das categorias. Por fim, a classificação de cada elemento nas categorias foi mutuamente exclusiva (MORAES, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através da análise dos dados foram sistematizados e são apresentados no Quadro 5, que contém o indicador, a sua medida, o parâmetro utilizado, o resultado obtido após a avaliação, o julgamento de valor segundo o parâmetro e o escore final de cada indicador¹¹.

Quadro 26. Julgamento de valor dos indicadores de acordo com parâmetros e resultados obtidos.

N° 12	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
Dimensão Contexto Organizacional				
Subdimensão Praticidade				
1	Disponibilidade de espaço físico, com as seguintes características: tamanho que comporte o número de participantes do programa e possibilidade de utilização do espaço exclusivamente para a intervenção no momento em que ela estiver sendo realizada	SIM -> Muito viável NÃO -> Inviável	SIM	Muito viável (3 pontos)

¹¹ Deve-se perceber que na subdimensão Aceitabilidade o indicador de n°10 possui a metade do peso em relação aos outros indicadores dessa subdimensão, o que é refletido em seu escore final (SANTIAGO; COLUSSI, 2017).

¹² Essa coluna identifica cada indicador de acordo com o seu número, tal qual apresentado no Quadro 4.

Quadro 27. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Score)
2	<p>Disponibilidade de projetor para slideshow.</p> <p>Disponibilidade de cadeira para todos os participantes.</p> <p>Disponibilidade de almofadas para todos os participantes.</p>	<p>NÃO NÃO NÃO -> Inviável</p> <p>SIM NÃO NÃO -> Inviável</p> <p>NÃO NÃO SIM -> Viável</p> <p>NÃO SIM NÃO -> Viável</p> <p>SIM SIM NÃO -> Viável</p> <p>SIM NÃO SIM -> Viável</p> <p>SIM SIM SIM -> Muito Viável</p>	<p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p>	<p>Viável (2 pontos)</p>
Subdimensão Adaptação				
3	<p>Aceitação do gestor da extensão da intervenção, no que se refere a número de encontros e número de horas.</p>	<p>Intervenção de 8 semanas com 2+ horas -> Muito viável</p> <p>Intervenção de 4 semanas com 2+ horas -> Viável</p> <p>Intervenção de 8 semanas com ao menos 1 hora -> Viável</p> <p>Intervenção de 4 semanas com ao menos 1 hora -> Pouco Viável</p> <p>Não poderá ser realizado -> Inviável</p>	<p>Intervenção de 4 semanas com ao menos 1 hora</p>	<p>Pouco Viável (1 ponto)</p>

Quadro 28. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
4	<p>Identificar a existência de instrutor com as qualificações profissionais recomendadas para o profissional que aplica o programa de meditação mindfulness.</p> <p>Identificar a existência de instrutor com o número de anos de prática de meditação mindfulness recomendada.</p>	<p>Prática de mindfulness de ao menos 5 anos -> Muito Qualificado (3 pt)</p> <p>Prática de mindfulness de ao menos 3 anos -> Qualificado (2 pt)</p> <p>Prática de mindfulness de menos de 3 anos -> Não é Qualificado (0 pt)</p> <p>Possui a formação profissional e realizou curso para instrutor de mindfulness -> Muito Qualificado (3 pt)</p> <p>Possui a formação profissional e não realizou curso para instrutor de mindfulness -> Qualificado (2 pt)</p> <p>Não possui a formação profissional e realizou curso para instrutor de mindfulness -> Qualificado (2 pt)</p> <p>Não possui a formação profissional e não realizou curso para instrutor de mindfulness -> Não é Qualificado (0 pt)</p> <p>Σ Escores Valor de 6 -> Muito Viável Valor de 5 -> Viável Valor de 3 a 4 -> Pouco Viável Valor menor do que 3 -> Inviável</p>	4	Viável (2 pontos)

Quadro 29. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
Subdimensão Integração				
5	Existência de outras intervenções destinadas à saúde do trabalhador nos últimos 3 anos	4 ou mais intervenções -> Muito Viável 2 a 3 intervenções -> Viável 1 ou nenhuma intervenção -> Pouco Viável	2 a 3 intervenções	Viável (2 pontos)
6	Possibilidade de realização das sessões dentro do turno de trabalho.	Realizadas dentro do horário de trabalho -> Muito viável Realizadas fora do horário de trabalho -> Inviável	Dentro do horário de trabalho	Muito Viável (3 pontos)
7	Existência de cobertura por parte de outros profissionais para realizar as suas funções enquanto participam da intervenção.	Existência de outros profissionais cobrindo a função -> Muito viável Não existência de outros profissionais cobrindo a função -> Inviável	Existência de outros profissionais cobrindo a função	Muito Viável (3 pontos)

Quadro 30. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
Dimensão Perspectiva dos Stakeholders				
Subdimensão Demanda				
8	<p>Autopercepção sobre estresse no ambiente de trabalho.</p> <p>Percepção sobre estresse de outros profissionais no ambiente de trabalho</p>	<p>Autopercepção (5 pt)</p> <p>Percepção estresse de outros (5 pt)</p> <p>Não percepção de estresse em si (0 pt)</p> <p>Não percepção de estresse nos outros (0 pt)</p> <p>Média da soma dos pontos de cada profissional:</p> <p>>4 pontos -> Muito viável</p> <p>3,9 a 2 pontos -> Viável</p> <p>1,9 a 1 ponto -> Pouco viável</p> <p><1 ponto - Inviável</p>	6,73	Muito Viável (3 pontos)

Quadro 31. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
9	<p>Percepção sobre a necessidade e importância de uma intervenção para redução de estresse no profissional</p> <p>Percepção sobre a necessidade e importância de uma intervenção para redução de estresse nos colegas de trabalho</p>	<p>Percepção da necessidade de intervenção para si (5 pt)</p> <p>Percepção da necessidade de intervenção para os colegas (5 pt)</p> <p>Não percepção da necessidade de intervenção para si (0 pt)</p> <p>Não percepção da necessidade de intervenção para os colegas outros (0 pt)</p> <p>Média da soma dos pontos de cada profissional:</p> <p>>4 pontos -> Muito viável</p> <p>3,9 a 2 pontos -> Viável</p> <p>1,9 a 1 ponto -> Pouco viável</p> <p><1 ponto - Inviável</p>	9,42	Muito Viável (3 pontos)

Quadro 32. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
Subdimensão Aceitabilidade				
10	<p>Existência de conhecimento pelo gestor acerca do que é meditação mindfulness.</p> <p>Existência de conhecimento pelo gestor acerca da evidência científica que dá suporte a prática.</p>	<p>SIM SIM -> Muito viável SIM NÃO -> Viável NÃO NÃO -> Viável</p>	<p>NÃO NÃO</p>	<p>Viável (2 pontos)</p>
11	<p>Percentual de profissionais que iniciaram o programa em relação ao total de profissionais convidados a participar.</p>	<p>>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 0% a 50% -> Pouco Viável</p>	<p>76%</p>	<p>Muito Viável (6 pontos)</p>

Quadro 33. Continuação.

Nº	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
12	Percentual de profissionais que participaram de pelo menos 3 sessões do programa em relação ao total de profissionais que iniciaram o programa.	100% a 83% -> Muito viável 83% a 75% -> Viável 75% a 50% -> Pouco viável <50% -> Inviável	64%	Pouco Viável (2 ponto)
13	Percentual de profissionais que recomendariam o programa de meditação mindfulness como intervenção para redução do estresse organizacional para outros profissionais	>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 25% a 50% -> Pouco Viável <25% -> Inviável	100%	Muito Viável (6 pontos)

Quadro 34. Continuação.

N°	Medida	Parâmetro	Resultado	Julgamento de Valor (Escore)
14	Percentual de profissionais que percebem acúmulo de carga em função da participação no programa de meditação mindfulness	>75% -> Inviável 50% a 75% -> Pouco Viável 25% a 50% -> Viável <25% -> Muito Viável	07%	Muito Viável (6 pontos)
15	Percentual de profissionais que percebem o programa de meditação mindfulness como técnica efetiva para redução do estresse organizacional	>75% -> Muito viável 50% a 75% -> Viável 25% a 50% -> Pouco Viável <25% -> Inviável	100%	Muito Viável (6 pontos)

O indicador “Espaço adequado para a realização de atividades” leva em consideração que, para que um programa de meditação mindfulness possa ser realizado adequadamente, o espaço físico onde este irá ocorrer deve ser grande o suficiente para comportar o número de participantes do programa, bem como deve ser utilizado exclusivamente

para a intervenção. A importância da utilização exclusiva do local é porque outros locais da organização podem conter fatores que são prejudiciais à prática da meditação, como, por exemplo, a existência de música ou conversa, que facilitam que os participantes distraiam-se durante os períodos de prática. Além disso, caso o local não seja exclusivo para o programa e existam interrupções de profissionais entrando e saindo, os participantes podem se sentirem envergonhados de meditar na presença de outras pessoas que não fazem parte do grupo (GUNARATANA, 2011).

Através da observação foi possível constatar que foi reservado um auditório da Secretaria Municipal de Saúde a ser utilizado exclusivamente para o programa de meditação *mindfulness*, das 13h às 17h. O auditório possui mais de 50 cadeiras, número muito acima do suficiente para os dois grupos, cuja estimativa inicial era de no máximo 15 pessoas em cada. Além disso, o auditório era silencioso e o gestor disponibilizou a chave para o instrutor do programa, de forma que estes poderia trancar a porta caso considerasse necessário, evitando qualquer forma de interrupção. Devido a estes motivos o indicador “Espaço adequado para a realização de atividades” é julgado Muito Viável, já que o local possuía as condições perfeitas para a realização do programa sem a necessidade de ajustes.

A realização do programa fora das Unidades Básicas de Saúde possui desvantagens e vantagens. A desvantagem consiste no tempo de deslocamento dos profissionais dos seus postos de trabalho até o local da realização dos grupos, mas a vantagem consiste no fato dos profissionais se encontrarem em um ambiente organizacional diverso daquele onde trabalham, de forma que estão menos suscetíveis a demandas e interrupções e, portanto, podem concentrar-se e disponibilizar-se mais para o treinamento. Tratando-se de uma intervenção de meditação, que pressupõe uma prática contemplativa, a possibilidade do profissional ter o máximo de foco na atividade é vantajoso para o programa em si. Estas vantagens foram levadas em conta quando a gestão resolveu realizar o programa de meditação *mindfulness* na Secretaria Municipal de Saúde.

O indicador “Material adequado para realização de atividades” diz respeito a se a organização possui os materiais necessários para a realização adequada do programa, sem a necessidade de que estes sejam comprados, levados pelos instrutores ou outra forma de intervenção externa. Para a prática de meditação *mindfulness* é essencial que se utilize de uma cadeira ou almofada de meditação. Sentar no chão é problemático já que pode causar dor nas costas dos participantes

(GUNARATANA, 2011). Outro aspecto a ser considerado quando são realizados programas de meditação mindfulness para redução do estresse é que estes constituem-se de uma combinação não só de exercícios práticos de meditação mas também de momentos onde se é realizado psicoeducação (ALBERTS et al., 2016) Dessa forma, a disponibilidade da utilização de um projetor facilita a exposição de conceitos, citações, instruções, referências bibliográficas e outras informações que os instrutores decidam passar para os participantes durante os períodos psicoeducativos do programa.

Constatou-se, através de observação, que o auditório reservado para o programa já possuía, além de cadeiras em número suficiente, também um projetor de qualidade. No que diz respeito à disponibilidade de um projetor, é importante, contudo, fazer uma ressalva, já que no caso do presente programa, tal qual citado anteriormente, ele não foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde mas sim na Secretaria Municipal de Saúde. No contexto da atenção primária como um todo, caso o programa seja realizado em outros locais, como por exemplo as Unidades Básicas de Saúde, pode ser que não exista um projetor disponível. Ainda assim, para superar este problema, alternativas podem ser utilizadas na implementação, como emprestar um projetor que seja posse da secretaria municipal de saúde ou mesmo de outra unidade básica, quando possível.

O único item faltante, portanto, foram as almofadas de meditação. Ainda que seja possível realizar as meditações na cadeira, a presença de almofadas permite que os instrutores possam também ensinar aos alunos outras posições da prática formal, como a posição da lotus ou a meia-lotus (NILSSON, 2016). Diferentes posições atendem à necessidade de diferentes alunos, já que as especificidades do corpo de cada um fazem com que se sintam confortáveis também em posições diferentes. Por exemplo, um participante do programa que tem problemas físicos na coluna pode ter dificuldade em meditar na almofada, ao passo que outro pode considerar a cadeira como desconfortável e prejudicial a sua concentração. Dessa forma, quanto mais acesso os participantes do programa tiverem a materiais, como as almofadas, que tornem possível a estes aprenderem e praticarem diferentes posições, mais será possível contemplar as diferentes necessidades e preferências individuais, resultando em ganhos qualitativas na prática de cada participante e, subsequentemente, no programa como todo. O indicador “Material adequado para realização de atividades” foi considerado Viável.

Sugere-se que, para uma implementação do programa para profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde, sejam

previamente adquiridas almofadas para meditação. Vale ressaltar que a literatura mostra que praticantes de meditação e de yoga, embora as duas práticas sejam distintas, costumam utilizar de materiais similares, como almofadas de meditação e tapetes (PADGETT, 2000). Dessa forma, o material não ficará disponível para os profissionais de saúde apenas para o programa de meditação mindfulness, mas poderá ser utilizado também para outras práticas integrativas e complementares, tanto pelos profissionais como por usuários.

A Subdimensão Praticidade, que refere-se à extensão em que um programa pode ser implementado e realizado utilizando-se dos meios e recursos existentes sem a necessidade de intervenção externa, foi julgada como Viável. O contexto analisado, portanto, contém os recursos necessários para a realização adequada de um programa de meditação mindfulness.

O indicador “Extensão do programa” diz respeito à capacidade do programa de se adaptar às demandas do gestor em relação ao número de encontros e número de horas. O que foi sugerido inicialmente pelo instrutor do programa para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde é que este ocorresse em seu molde tradicional, tal qual desenvolvido por Kabat-Zinn, com oito encontros semanais com duração de duas horas até duas horas e meia cada (MACKENZIE; POULIN; SEIDMAN-CARLSON, 2006). O gestor informou que a única possibilidade seria realizar o programa em uma versão reduzida, de quatro semanas com uma hora e meia cada encontro, possibilitando a realização de dois grupos na mesma tarde. Desse modo, com menos profissionais fora do serviço ao mesmo tempo, a assistência consequentemente ficaria também menos prejudicada, tornando-se mais fácil inclusive para a gestão propor estratégias para cobrir estes profissionais em sua ausência.

A decisão de dividir os participantes em dois grupos, no entanto, acabou influenciando diretamente a possível extensão do programa no que se refere ao número de horas. Caso o programa fosse realizado no tempo pretendido inicialmente (duas horas e meia), os dois grupos já somariam cinco horas de duração. A estas cinco horas acrescenta-se o tempo gasto com deslocamentos (Unidade de Saúde-Secretaria Municipal de Saúde), tornando-se inviável sua realização no período vespertino disponibilizado, das 13:00h às 17:00h. Caso a gestão optasse por realizar o programa com duas horas e meia, no período vespertino, apenas um grupo poderia ser realizado por tarde, ou outras alternativas teriam de ser utilizadas, como por exemplo, pedir que os profissionais ficassem além do término de seu horário de trabalho ou que diminuíssem o seu horário de almoço de forma a chegarem mais cedo. O

problema com ambas estas alternativas é que podem comprometer a aceitabilidade do programa, já que que, ao responder os questionários, a “redução da jornada de trabalho” e “aumento de intervalos para lazer” foram intervenções bastante citadas pelos participantes como necessárias para diminuir o seu estresse e o de colegas.

Outra alternativa seria organizar os grupos em dias ou períodos distintos. No entanto, a realização dos dois grupos em dias ou períodos distintos afetaria, por sua vez, a disponibilidade da participação do instrutor, bem como iria requerer uma nova reserva de auditório, e outros empecilhos.

Este é um exemplo de como fatores de viabilidade, como a extensão de um programa, são preocupações reais dos gestores. Todas estas modificações requeridas pela gestão na extensão do programa tiveram como finalidade possibilitar que este pudesse ser realizado. Caso um programa não seja viável de ser realizado em um determinado contexto, independentemente de sua eficácia ou eficiência, ele não tem nenhuma utilidade para atender a necessidade de um gestor (CHEN, 2010). O fato de que a extensão tradicional de programas de mindfulness para redução de estresse e sua intensidade nem sempre se adequam às possibilidades muitas vezes restritas das organizações, já leva pesquisadores e instrutores a desenvolverem alternativas mais breves. Existe, por exemplo, uma versão chamada de “breve” do programa de meditação mindfulness que é realizada em 4 semanas, mas mantêm-se o número de horas de cada sessão do original (duas horas ou mais). Além disso, já existe também uma versão chamada de “dose baixa”, onde o número de horas do programa é reduzido para uma hora, mas o número de semanas diminui apenas para seis (KLATT; BUCKWORTH; MALARKEY, 2008; KUYKEN; CRANE; WILLIAMS, 2012).

A realização do programa em formato reduzido fez com que o indicador “Extensão do programa” fosse julgado como “Pouco Viável”.

O próximo indicador da matriz avaliativa é a “Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa”. Encontra-se na literatura uma grande multiplicidade e rigor das orientações para que se tenha um profissional qualificado para aplicar programas de meditação mindfulness. A UK Network for Mindfulness-Based Teachers (2011), por exemplo, apresenta uma lista extensa com dezenas de recomendações para instrutores de mindfulness, sendo algumas delas a participação em programas de formação de instrutores de no mínimo 12 meses de duração e com supervisão; qualificação em profissões da área da saúde ou saúde mental, educação, assistência social ou experiência de

vida equivalente; entendimento dos mecanismos psicológicos que dão base à prática de mindfulness; comprometimento com uma prática diária de meditação mindfulness, dentre outras. Estas exigências são relevantes devido ao fato das pesquisas apontarem que a qualidade do resultado da intervenção baseada em mindfulness está diretamente relacionada ao treinamento do instrutor que irá ministrar o programa (CRANE et al., 2010).

Apesar de diferentes fontes apresentarem múltiplas recomendações, as orientações para o instrutor de intervenções baseadas em mindfulness são em geral concordantes e taxativas sobre alguns aspectos chave como a importância dos anos de experiência, de que se mantenha uma prática diária adequada de meditação mindfulness e de que se tenha uma formação profissional compatível (CRANE et al., 2010). Entretanto, ao ser realizado em um contexto específico, o programa de meditação mindfulness pode adaptar-se de forma que, mesmo que não existam instrutores que cumpram todas as orientações sugeridas, ainda assim seja possível tornar instrutores do programa profissionais que possuam características que atendam uma parte destas qualificações, viabilizando a realização do programa. O indicador, portanto, avalia a viabilidade do programa de meditação mindfulness no contexto da atenção básica do Sistema Único de Saúde em relação aos profissionais existentes e suas qualificações para ministrá-lo.

Deve-se ressaltar, no entanto, que, devido ao rigor das orientações expostas na literatura para instrutores de mindfulness, mesmo o presente estudo buscando elencar as características descritas por diferentes fontes como sendo as mais fundamentais e suficientes, ainda assim a evidência científica como um todo indica que a margem de adaptação de um programa de meditação mindfulness não é ampla neste quesito. Ou seja, embora seja possível flexibilizar um pouco as orientações sobre a formação necessária para instrutores de mindfulness de modo a favorecer a realização de programas em um novo contexto, os requisitos ainda continuam rígidos e ajustes se farão necessários para que, no médio prazo, estes instrutores possam atender todas as recomendações sugeridas. Por esses motivos o indicador “Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa” é o que possui em seus parâmetros a maior quantidade de requisitos para que se atinja os níveis mais altos de viabilidade.

O instrutor do presente trabalho, além da formação como profissional de saúde (médico) que é compatível com a qualificação profissional exigida no indicador para instrutores de meditação mindfulness, mantém prática de meditação mindfulness formal de 3 a 5

dias por semana e possui experiência de três anos com meditação *mindfulness*, embora cite no questionário que já praticava meditação orientada pela filosofia budista há cerca de seis anos. Os únicos atributos que estiverem ausentes, do que o parâmetro indicava como requerido para se atingir o nível de Muito Viável, foi o instrutor nunca ter realizado um curso supervisionado de formação de instrutores de *mindfulness* de ao menos 12 meses, bem como não ter experiência com meditação *mindfulness* de 5 anos ou mais. Por esses motivos, o indicador “Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa” foi considerado Viável.

No que se refere à formação profissional, existe um fator de contexto que deve ser levado em conta no nível da atenção primária. O instrutor do presente trabalho está atualmente cursando residência médica em medicina da família e comunidade, o que facilita o seu contato com práticas meditativas, com a prática de meditação *mindfulness* e com a evidência científica que lhe dá suporte, pois a sua residência aborda conteúdos específicos de práticas integrativas e complementares. O fato da especialização em medicina da família e comunidade abordar diretamente conteúdos de práticas integrativas e complementares é, portanto, um fator de contexto que favorece a existência profissionais qualificados a aplicarem programas de meditação *mindfulness* no contexto da atenção básica e afeta positivamente a viabilidade da realização e implementação desta intervenção neste nível de atenção.

Faz-se necessário mencionar, ainda, em relação a especificidade desta pesquisa, outro fator de contexto que pode ter influenciado na existência de um profissional qualificado. O município onde foi aplicado o programa está muito próximo a capital do estado, que é referência de implantação e fortalecimento de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil (SANTOS; TESSER, 2012). Talvez em outros contextos, não sejam encontrados profissionais com as características mínimas exigidas para conduzir programas de meditação *mindfulness*, embora a literatura indique uma tendência de aumento na busca de formação em PIC em municípios de médio e pequeno porte. Apesar do baixo financiamento do SUS para a capacitação de profissionais, há evidências de que muitos profissionais que atuam no SUS realizaram treinamentos em PIC por conta própria, que se capacitaram por interesse pessoal mas, em muitos casos, estão apenas temporariamente desestimuladas pela falta de apoio institucional, buscando uma oportunidade efetivar na assistência o que aprenderam. Deve ser realizado primeiramente então pela gestão um mapeamento

destes profissionais, antes de se preocupar com financiamento e criação de capacitações (CAMPOS et al., 2016; SANTOS; TESSER, 2012). Isto é, de fato, a situação que ocorreu e foi exposta na presente pesquisa, onde um profissional qualificado e decidido a iniciar programas de meditação mindfulness na atenção básica já trabalhava no sistema.

A estratégia de buscar primeiro mapear profissionais com as qualificações suficientes dentro do sistema, antes de buscar investir em treinamentos, é promissora e congruente para favorecer a implementação de intervenções baseadas em mindfulness em larga escala, como no caso da atenção básica. Isto se dá pois, embora considere-se programas de meditação mindfulness como tendo um boa relação custo-efetividade em organizações na área da saúde (SHAPIRO et al., 2015) devido ao fato de, por exemplo, demandarem um baixo custo para aquisição de materiais, o financiamento de treinamento de instrutores pode elevar o custo de cada programa de meditação mindfulness em milhares de reais (DEMARZO; CEBOLLA; GARCIA-CAMPAYO, 2015). É mais relevante para a gestão ou para os grupos interessados em implementar programas de meditação mindfulness, portanto, buscar identificar primeiro em um determinado contexto se os profissionais qualificados para serem instrutores já existem.

Apesar da estratégia de buscar profissionais que já atuam no sistema ser promissora, tal qual foi exposto anteriormente, o resultado do indicador “Existência de um profissional qualificado para aplicar o programa” pode ter sido influenciado por um fator de contexto do município onde os grupos foram aplicados ser perto da capital do estado, que possui uma cultura prévia de práticas integrativas e complementares. Em função disso, ainda que a literatura indique um progressivo aumento do número de profissionais qualificados em práticas integrativas e complementares como um todo, mesmo em municípios de médio e pequeno porte, a facilidade de se encontrar instrutores qualificados para aplicar especificamente intervenções baseadas em mindfulness em cidades menores ainda é um aspecto que deve ser investigado em futuras pesquisas e os pesquisadores não descartam o fato de que essa possa ser uma das principais barreiras para a implementação do programa em larga escala.

Em relação aos ajustes necessários, recomenda-se que em um primeiro momento de implementação em um contexto como a atenção básica do sistema de saúde que se flexibilize o tanto quanto possível às requisições para instrutores, sem que se comprometa o rigor técnico do programa, focando na exigência dos requisitos que são mais indispensáveis e fundamentais, de forma a possibilitar uma maior

facilidade em encontrar profissionais qualificados. Uma vez que tenham sido encontrados instrutores que são suficientemente qualificados para viabilizar a aplicação do programa mas que não cumpram todos os requisitos sugeridos pela literatura, uma importante estratégia é buscar profissionais no sistema que sejam qualificados em formar novos instrutores através do curso de 12 meses com supervisão. Através destes ajustes, em médio prazo, o nível “Muito viável” deste indicador pode ser atingido.

A Subdimensão Adaptação, que compreende modificações no conteúdo do programa ou em procedimentos de forma a que este adequa-se a uma nova situação ou contexto organizacional, é julgada como Pouco Viável. Ainda que tenha sido possível permitir que instrutores suficientemente qualificados existentes na rede aplicassem o programa, as modificações exigidas pela gestão na redução do número de semanas e horas levaram a uma conformação diferente daquela inicialmente proposta.

O indicador seguinte da matriz avaliativa é a “Existência de outros programas ou intervenções destinadas à saúde do trabalhador”. Sempre que um programa baseado em evidências é implementado em um novo contexto organizacional, exige-se que sejam feitas modificações também no sistema de forma a melhor acomodá-lo (BOWEN et al., 2009). Dentro deste contexto organizacional, no entanto, podem existir políticas organizacionais que já têm como propósito favorecer a realização de novos programas, servindo assim como catalisadores, ao facilitar as modificações que são requeridas na implementação e minimizar eventuais barreiras (FIXSEN et al., 2005). A literatura aponta que isso é particularmente verdadeiro no âmbito da saúde dos trabalhadores, onde a existência de políticas organizacionais que suscitem a realização de intervenções voltadas à prevenção de agravos e promoção de saúde nos profissionais é indispensável para que estas intervenções sejam efetivamente colocadas em prática e que se obtenha como resultado final um ambiente de trabalho saudável (REINHARDT; FISCHER, 2009). A existência de políticas organizacionais que valorizem a saúde dos profissionais e favoreçam intervenções destinadas a cuidarem desta, portanto, irá facilitar as modificações necessárias que são exigidas ao sistema quando se decide por realizar um novo programa.

O gestor informou que nos últimos três anos foram realizadas no município duas a três intervenções voltadas à saúde do trabalhador, o que em comparação ao parâmetro leva ao julgamento de valor deste indicador como Viável. Ou seja, a gestão da Secretaria Municipal de

Saúde já tem como política organizacional a realização de intervenções destinadas à saúde do trabalhador, embora essas intervenções pudessem estar sendo realizadas com maior frequência. A existência de ações destinadas à saúde dos profissionais foi um facilitador para que o programa de meditação *mindfulness* fosse realizado, já que, ao ser proposto, a gestão compreendeu que este era congruente com os seus propósitos e prontamente o acolheu.

Um fator de contexto, exposto pelo gestor no questionário, que também favoreceu a aceitação da realização do programa de meditação *mindfulness* é que o “NASF desenvolve ações com os profissionais da Estratégia Saúde da Família” visando a saúde destes trabalhadores, mas para os próprios profissionais do NASF “só houve uma atividade”.

Dentre as orientações que estabelecem como o NASF deve atuar, está indicado a sua importância como apoio técnico e pedagógico que embasa e fomenta o desenvolvimento de ações direcionadas à saúde do trabalhador (MAGALHÃES, 2014). Promover ações para a saúde dos trabalhadores é, portanto, um dos princípios que guiam a atuação do NASF, mas questiona-se quem seria responsável, por sua vez, por desenvolver ações visando a saúde dos profissionais que trabalham no NASF?

A relevância de ações que visem a saúde do trabalhador destinadas também ao NASF dá-se já que, no âmbito da saúde mental, os profissionais do núcleo enfrentam desafios, não menos brandos, mas certamente distintos em relação aos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família. A proposta do NASF busca implantar uma lógica de trabalho inovadora e que rompe com o tradicional ambulatório de especialidades e atendimentos fragmentados. No entanto, este modelo de atenção é ainda relativamente novo pra população, que está habituada ao modelo biomédico curativo. Além disso, o NASF, de maneira geral, visa desenvolver projetos de longo prazo e duradouros, ao passo que os profissionais da ESF têm de tomar decisões rápidas e realizar um elevado número de consultas. E, apesar dessas diferenças, ambos devem se organizar para trabalhar em conjunto na atenção básica. Esses conflitos, tanto em relação à confusão dos usuários sobre o modelo de atenção que embasa as suas funções bem como a diferença na lógica de trabalho em relação à ESF, pode gerar nos profissionais do NASF sentimentos de ambiguidade, de não lugar e não pertencimento, afetando a sua identidade e, conseqüentemente, a sua saúde mental. Estratégias que têm sido apontadas como produtivas para lidar com tais desafios são práticas que permitam a equipe apoiar-se, compartilhar dificuldades e promover reflexões sobre suas práticas (LANCMAN et al., 2012).

No município avaliado, a gestão traz para si a responsabilidade de promover essas ações de saúde do trabalhador para os profissionais do NASF, e portanto considerou que o programa de meditação *mindfulness* para redução de estresse organizacional era capaz de atender a essa demanda, de forma que, junto com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, decidiu-se por incluir estes também nos grupos.

O próximo indicador é a “Disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho para participação na intervenção”. A relevância deste indicador dá-se já que existem indicações na literatura que, caso seja demandado aos profissionais que tenham de utilizar o seu tempo pessoal para participar do programa, como por exemplo após o horário de trabalho ou que tenham de vir nos grupos em seus dias de folga (finais de semana), isto pode reduzir significativamente a adesão (BYRON et al., 2015). A literatura aponta, por exemplo, que profissionais da enfermagem sentem-se sobrecarregados com a quantidade de trabalho e enxergam o seu trabalho como uma atividade oposta ao lazer. Usam suas horas de folga, com raras exceções, para cuidar de outras tarefas como lavar roupa, cuidar da casa e outras atividades, de forma que a percepção de lazer resumiu-se a rezar e dormir (ELIAS; NAVARRO, 2006). Além disso, alguns profissionais possuem duplo vínculo, apresentando momentos de folga ainda mais reduzidos. Pedir, portanto, que os profissionais participassem da intervenção em seus momentos de folga poderia atrapalhar na adesão ao programa.

O indicador foi considerado “Muito Viável”, já que o programa foi totalmente realizado durante o turno vespertino do horário de trabalho dos profissionais da atenção básica.

O indicador seguinte é a “Disponibilidade de estratégias para cobrir o profissional em sua ausência”. Uma barreira apontada anteriormente em estudos é que, devido a alta carga de trabalho, a falta de cobertura de outros profissionais pode dificultar que os profissionais consigam sair temporariamente de seus postos para participar do programa de meditação *mindfulness*, já que é difícil interromper as constantes demandas. De fato, muitas vezes, há falta de apoio da gestão como um todo para que os profissionais participem dos grupos (BYRON et al., 2015). A gestão da Secretaria Municipal de Saúde, no entanto, deu apoio à realização do programa ao utilizar uma estratégia específica para lidar com a questão da ausência temporária dos profissionais: dividir os profissionais que iriam participar do programa em dois grupos. Desta forma, ao não propor tirar um número elevado de profissionais do sistema simultaneamente, possibilitou que os profissionais pudessem participar do programa de meditação

mindfulness sabendo que haveriam colegas cobrindo as suas funções. Por este motivo, o indicador foi considerado “Muito Viável”.

A subdimensão Integração, que compreende exigência de modificações no sistema de forma a integrar um novo programa ou processo a uma infraestrutura ou processo já existentes, bem como a existência de políticas organizacionais que facilitem estas modificações, foi julgada como Muito Viável. A existência de uma política organizacional que promove intervenções voltadas para a saúde do trabalhador favorece a realização e implementação de um programa de mindfulness. Além disso, modificações no sistema que facilitam a incorporação do programa, como a realização da intervenção dentro do horário de trabalho dos profissionais e a disponibilidade de estratégias para cobrir suas funções em sua ausência, foram realizadas pela gestão.

A dimensão Contexto Organizacional, composta pelas subdimensões Praticidade, Adaptação e Integração, foi considerada Viável para a realização e implementação de programas de meditação mindfulness. O contexto organizacional da atenção básica do SUS no município avaliado já fornece a maior parte dos recursos necessários para a realização do programa e apresentou intencionalidade de promover intervenções visando a saúde dos seus trabalhadores, bem como a capacidade organizacional de flexibilizar os processos de trabalho temporariamente para facilitar a acomodação da intervenção no fluxo diário. As maiores barreiras, contudo, devem-se a aspectos do programa que são fundamentais mas também rígidos e com pouca possibilidade de serem adaptados, como por exemplo as exigências de um número significativo de encontros semanais e horas para ser realizado, bem como diversos requisitos para que um profissional seja instrutor.

O primeiro indicador da próxima subdimensão é a “Percepção sobre o estresse”. Para que um programa seja implementado é necessário o envolvimento dos *stakeholders* no processo, caso não exista demanda pelo programa, por exemplo, é difícil que as ações necessárias para levá-lo adiante sejam realizadas (FIXSEN et al., 2005). Um aspecto da demanda é se os profissionais de saúde percebem-se estressados e se percebem os seus colegas estressados. Ao ser realizada a comparação com o parâmetro, o indicador foi julgado como “Muito Viável”.

Os dados indicam que 72% dos profissionais percebem-se estressados no ambiente de trabalho e, destes que percebem-se estressados, 100% acreditam que o estresse é decorrente de fatores do seu ambiente de trabalho. Quando foram solicitados no questionário a

comentar a resposta anterior, os fatores mais citados como agente estressores foram a “demanda de trabalho”, “preocupações com os pacientes”, “dificuldades relacionadas ao comportamento de pacientes” (como agressividade, impaciência, etc), “concomitância das atividades de assistência e coordenação”, “excesso de atribuições”, “falta de material”, “falta de funcionários” e “problemas na infra-estrutura”.

Os dados indicam porcentagens ainda maiores no que se refere à percepção de que os colegas de trabalho sentem-se estressados, de forma que 96% dos profissionais percebem que os colegas de trabalho sentem-se estressados e, dos que percebem os colegas como estressados, 92% acreditam que o estresse dos colegas é decorrente de fatores do seu ambiente de trabalho. Quando foram solicitados no questionário a comentar a resposta anterior, os fatores mais citados como agentes estressores foram “falta de funcionários”, “problemas na infraestrutura”, “falta de material”, “excesso de burocracia” e “vida pessoal”.

Quando questionados diretamente sobre quais fatores eram responsáveis pelo estresse organizacional em profissionais da atenção básica, não somente em si e em seus colegas de trabalho, mas nos profissionais da atenção básica como um todo, os fatores mais citados foram a “falta de materiais”, “demanda de trabalho”, “falta de funcionários” e “dificuldades relacionadas ao comportamento de pacientes”.

Os principais fatores de estresse apontados pelos profissionais estão de acordo com aqueles apontados na literatura, tanto as categorias que indicam como um fator relevante o relacionamento interpessoal com pacientes (MARTINS et al., 2014) - seja na preocupação que os profissionais têm com os pacientes como na dificuldade em lidar quando pacientes têm comportamento agressivos ou inadequados - quanto as categorias relativas aos problemas estruturais atualmente encontrados na atenção básica (LEONELLI, 2013; MAISSIAT et al., 2015), como a falta de material adequado, problemas na infraestrutura e insuficiência de recursos humanos, o que acarreta excesso de trabalho e leva muitos profissionais a terem que exercer atividades administrativas (coordenação das unidades de saúde) e assistenciais concomitantemente.

É relevante notar que os fatores estruturais foram mais citados do que os fatores de relacionamento interpessoal e perceber que, ainda que o programa de meditação mindfulness tenha se mostrado como capaz de auxiliar os profissionais a melhorarem seus relacionamentos interpessoais, a lidarem melhor com as preocupações e sofrimento decorrente da vinculação com o usuário enfermo, bem como a lidarem melhor com pensamentos, emoções e estresse de uma forma geral, o

programa não deve servir como instrumento para mascarar os problemas organizacionais existentes na conjuntura nacional da atenção básica, como a falta de materiais e profissionais. Estes problemas foram apontados como fontes de constante estresse pelos profissionais e para que se possa resolvê-los deve ser realizado pelo governo e pela gestão uma intervenção direta sobre estes, chamada de intervenção de primeiro nível, e não somente uma intervenção comportamental nos profissionais, chamada de intervenção de segundo nível (MORENO et al, 2011).

O próximo indicador é “Percepção sobre a necessidade de intervenção para redução do estresse”. Os profissionais podem sentir-se estressados mas terem ideias diferentes de quais são as intervenções necessárias (MEADOWS et al., 2002; PRINS et al., 2008). Podem acreditar inclusive que, apesar de estressados, nenhuma intervenção poderá ajudar. Por outro lado, podem acreditar que uma intervenção para redução do estresse é necessária mas não saberem ao certo qual intervenção será eficaz em lhes ajudar.

Os dados mostram que 92% dos profissionais acreditam que uma intervenção para redução do estresse organizacional é necessária. Dentre as categorias mais citadas por eles como intervenção necessária estão “intervalo para descanso e lazer”, “valorização profissional”, “grupos de relaxamento”, “atividades laborais”, “psicoterapia em grupo” e “grupos onde os profissionais possam expor a sua opinião”.

Os dados mostram que os profissionais acreditam que necessitam tanto de intervenções de primeiro nível, que promovam reestruturações organizacionais, como maior intervalo diário e ações de valorização de seu trabalho, bem como intervenções de segundo nível, como grupos de relaxamento, psicoterapia em grupo, atividades laborais e grupos onde possam expressar a sua opinião.

Ao ser comparado com o parâmetro, o indicador foi considerado como “Muito Viável”. O indicador e as respostas obtidas mostram que os profissionais acreditam que uma intervenção para redução do estresse é necessária e que consideram as estratégias individuais, as denominadas estratégias de segundo nível, como possíveis para redução do estresse organizacional.

A subdimensão Demanda foi julgada então como Muito Viável. Os profissionais sentem-se estressados, percebem seus colegas de trabalho estressados, acreditam que necessitam de uma intervenção para redução de estresse, e identificam dentre as intervenções, algumas que caracterizam intervenções comportamentais (segundo nível).

O indicador seguinte é o “Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness”. O conhecimento prévio do que é meditação

mindfulness e da evidência científica que a embasa, ainda que não inviabilize a aceitação e realização do programa pela gestão, tem se mostrado como um facilitador para a implementação de intervenções baseadas em mindfulness (BYRON et al., 2015). Quando questionado, o gestor explicitou que não conhecia previamente a meditação mindfulness (nunca tinha ouvido falar até que o programa fosse proposto) e, conseqüentemente, não conhecia também a evidência científica que dá suporte a esta. Em comparação ao parâmetro, o indicador “Conhecimento prévio do gestor acerca da meditação mindfulness” foi julgado como Viável.

Ao buscar implementar o programa em larga escala na atenção básica, uma intervenção que pode ser realizada de forma a favorecer a viabilidade desta, é uma sensibilização prévia dos gestores que estarão envolvidos na implementação, sobre o que é a meditação mindfulness, bem como sobre as evidências científicas de seus benefícios. A difusão do conhecimento acerca do que é meditação mindfulness pode proporcionar que os gestores compreendam melhor o funcionamento da intervenção e identifiquem as características organizacionais necessárias a sua implantação, como o espaço físico adequado, materiais, tempo, dentre outros. A educação sobre mindfulness e seus benefícios clínicos pode também estender-se aos profissionais que, ao entrarem em contato com a progressiva evidência científica que dá suporte a esta prática clínica para diversas condições, poderá incentivá-los a conhecer melhor o assunto e até mesmo a futuramente capacitar-se.

Atualmente o SUS já dispõe de diversos recursos para educação permanente e educação a distância. Um deles é o Telessaúde, que busca o uso de tecnologias de comunicação para prestar serviços administrativos, clínicos e educativos em saúde (SANTOS, 2006), e já está implantado em 12 dos 27 estados da federação (HADDAD, 2012). Através do uso de tecnologia de cursos a distância, é possível levar informação a localidades remotas (CAMPOS et al., 2006) e municípios de menor porte. Outro recurso é a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que oferece cursos através de interações presenciais e a distância, disponibiliza acervo de materiais educacionais e promove incorporação de novas tecnologias de informação aos processos de educação em saúde (OLIVEIRA et al., 2013). De fato, estas tecnologias já vêm sendo utilizadas especificamente para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares, seguindo o que está nas diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e visando a sensibilização de gestores e profissionais (RODRIGUES et al., 2011).

O indicador “Adesão dos profissionais ao programa” refere-se à proporção de profissionais que decidiram participar e compareceram ao primeiro encontro, dentre aqueles que foram convidados para participar do programa de meditação mindfulness. Baixa adesão tem um impacto negativo em intervenções em saúde (GUIMARÃES et al., 2010; SOARES; ASSUNÇÃO, 2006), e é um aspecto que tem sido estudado acerca da viabilidade de programas de meditação mindfulness (RUFFAULT et al., 2016). No presente estudo 76% dos profissionais convidados aderiram ao programa e participaram do primeiro encontro, o que em comparação com o parâmetro dá o julgamento de Muito Viável. A adesão dos profissionais ao programa é um fator importante para que a gestão veja que os esforços e recursos destinados a realizá-lo não estão sendo desperdiçados.

A adesão dos profissionais pode ter sido dado devido ao fato de já existir nesse contexto uma demanda por intervenções de redução do estresse organizacional e intervenções de segundo nível, inclusive tendo sido citadas pelos profissionais práticas como “grupos de relaxamento” e “psicoterapia em grupo” como possíveis intervenções. Ainda que o programa de meditação mindfulness não seja nem um, nem o outro, autores como Herbet Benson já enfatizaram a importância das respostas fisiológicas de relaxamento como um subproduto de práticas meditativas (LAZAR et al., 2000) e no imaginário popular meditação e relaxamento estão possivelmente associados. Da mesma forma, programas de mindfulness são diferentes de terapias de grupo, possuindo uma natureza mais educativa e requerendo disciplina dos participantes em praticar meditação periodicamente (KABAT-ZINN; LIPWORTH; BURNEY, 1985), mas talvez para aqueles que não possuem experiências com programas de mindfulness estejam também simbolicamente associados a uma terapia em grupo.

O indicador seguinte é a “Continuidade da participação dos profissionais ao longo ao programa” e teve o resultado de que 64% dos profissionais que iniciaram o programa realizaram ao menos três encontros, de forma que o indicador foi julgado como “Pouco Viável”. A literatura aponta que a taxa média de desistência em programas de meditação mindfulness é de 17% para uma população não-clínica de adultos para o formato com base na teoria cognitiva (KHOURY et al., 2015) e 15% para o formato tradicional (CRANE; WILLIAMS, 2010).

A continuidade da participação dos profissionais, conhecida também como retenção ao programa, é um resultado crítico que deve ser mensurado em avaliações, já que a presença de um profissional nos diversos encontros de um programa irá implicar no seu sucesso ou não

em conseguir os resultados desejados e isto irá, por sua vez, impactar nos resultados do programa como um todo. A literatura tem evoluído nos últimos anos e redirecionado a sua atenção para elementos que afetam a retenção ao programa, estudando como os participantes e o programa interagem. As pesquisas, portanto, que identificam elementos que aumentam a retenção, bem como riscos que contribuem para a desistência, são utilizadas para o aprimoramento de programas já existentes (YOUNG; BELENKO, 2002). Uma vez que o gestor está disponibilizando tempo e realocando diversos recursos para que o programa ocorra, este tem interesse em que o maior número de participantes esteja presente e possivelmente possam beneficiar-se dos resultados da intervenção.

Existem diversos motivos pelos quais os participantes podem acabar desistindo de um programa de meditação *mindfulness*. Por exemplo, o objetivo dos programas de *mindfulness* é colocar o participante primeiramente em contato com aspectos mais inócuos de sua experiência, como sensações corporais, para depois incentivá-lo a entrar em contato com temas mais conflituosos como pensamentos negativos. Para uma pessoa que têm como hábitos comportamentais ruminação ou supressão de pensamentos, começar a deparar-se com esse conteúdo pode ser assustador, levando-os a desistir da intervenção (CRANE; WILLIAMS, 2010). Uma estratégia apontada como capaz de diminuir a desistência de participantes é que os instrutores possam anteriormente aos encontros, além de clarificar o objetivo dos grupos e estabelecer expectativas realistas, já ensinar aos participantes estratégias eficazes caso surjam emoções aflitivas (CRANE; WILLIAMS, 2010).

Além disso, a desistência costuma ocorrer no começo do programa, logo no início onde alguns participantes convidados nem sequer participam ou então após as primeiras semanas, onde alguns profissionais desistem (CRANE; WILLIAMS, 2010). No presente programa, as taxas de participação nas quatro semanas foram respectivamente 100%, 76%, 60% e 60%. Ou seja, a maior parte dos participantes desistiram após um ou dois encontros, de forma que da terceira semana em diante os grupos permaneceram relativamente estáveis. Por fim, 48% dos profissionais que iniciaram o programa participaram de todos os encontros.

Em relação à continuidade da participação dos profissionais ao longo do grupo, são necessários ajustes em formas de estratégias que possam investigar quais fatores estão levando os profissionais a desistirem após algumas sessões, como por exemplo a elaboração e aplicação de algum instrumento específico de avaliação de retenção, de

forma que posteriormente sejam criados planos de ação adaptados especificamente para atuar nesses fatores que são causas da desistência e diminuir assim a taxa de abandono.

O próximo indicador é a “Recomendação do programa de meditação mindfulness para colegas”. Apesar da eficácia da meditação mindfulness ter sido demonstrada cada vez mais por pesquisas nas últimas duas décadas, ainda poucos estudos são realizados sobre as atitudes que os profissionais de saúde possuem sobre a meditação mindfulness, incluindo se eles recomendariam a técnica para colegas de profissão e pacientes. Caso os profissionais possuam atitudes negativas sobre a técnica, como não terem desejo de recomendar intervenções baseadas em mindfulness para outras pessoas, mesmo a evidência científica sugerindo esta como eficaz, a sua utilização pode ser restringida (MCKENZIE; HASSED; GEAR, 2012). Além disso, a recomendação de programas de meditação mindfulness é um dos fatores que indica a aceitabilidade do programa pelos participantes, tendo sido avaliada por estudos diversos (LEE et al., 2008; MITCHELL et al., 2013).

O indicador do presente trabalho apontou que 100% dos profissionais que participaram da intervenção recomendariam o programa para a redução do estresse organizacional para um colega de trabalho, tendo sido julgado então como Muito Viável. Nas respostas as categorias mais citadas pelos profissionais foram que o programa os ajudou a “lidar com pensamentos”, bem como ajudou a “enfrentar desafios diários” e “reduziu o estresse”. A ênfase dada nas respostas dos profissionais sobre o programa ajudar a lidar com pensamentos pode ser exemplificada em uma resposta específica, na qual foi dito que

“Através do mindfulness conseguimos captar a questão de alguns pensamentos ruins, os quais vem a mente, porém ‘tirando o foco’ ou simplesmente ‘encarando’ eles de uma maneira diferente, ajuda a encarar os pensamentos diferente do que muitas vezes agimos frente a um ‘pensamento ruim’”.

Outro participante citou que

“Tendo mais consciência do pensamento, ajudava a separar o que é real do que não é”.

Além disso, é possível perceber a aceitabilidade do programa quando um participante diz que

“Acredito que a técnica deva ser cada vez mais difundida entre os profissionais, se possível, realizada em todos os locais com todos os profissionais, que atuam junto como uma forma de redução das possível complicações do dia-a-dia”.

Os resultados são consistentes com outros achados da literatura, onde 98% dos participantes recomendaram o programa para outras pessoas (ROSENZWEIG et al., 2003).

O indicador seguinte da subdimensão Aceitabilidade é o “Percentual de profissionais que percebem acúmulo de carga em função da participação no programa de meditação mindfulness”. Os resultados indicam que 7% dos profissionais percebem que houve acúmulo de carga em função da participação no programa, de forma que o indicador foi julgado como Muito Viável. A literatura aponta que uma das barreiras percebidas à implementação de um grupo de meditação mindfulness para profissionais da saúde é que o treinamento pode tornar-se mais uma obrigação em suas já sobrecarregadas agendas (BYRON et al., 2015). No entanto, os resultados do presente trabalho indicaram que a maioria dos profissionais não percebeu sobrecarga em função da participação no programa.

Nas respostas as categorias mais citadas foram que não houve sobrecarga devido a ter sido possível ao profissional “organizar a sua rotina de trabalho” através da “organização de suas tarefas”. Um profissional, por exemplo, comentou que

“Não houve acúmulo pois de certa forma organizamos nosso tempo para tal, da mesma forma que nos organizamos para outras atividades diárias como alimentação, atividade física, entre outros”.

Outro escreveu que

“...consegui organizar as tarefas do meu trabalho de acordo com o tempo que estive ausente, pois distribuí funções aos meus colegas”.

As respostas no geral não indicaram que a gestão teve de criar ações específicas de forma a evitar a sobrecarga nos profissionais, mas sim que os próprios profissionais da atenção básica já possuem estratégias para lidar com períodos de ausência, como remanejar os pacientes ou dividir as funções com outros colegas.

A organização do trabalho na atenção básica, onde os profissionais já estão acostumados a conciliar as atividades assistenciais com atividades em grupos, com visitas domiciliares, e com outras atividades como palestras (COTTA et al., 2006), faz com que eles já tenham o repertório comportamental para se organizarem sem que fiquem sobrecarregados no trabalho. Nesse contexto específico, a ação da gestão de dividir em dois grupos foi essencial para evitar que muitos profissionais se ausentassem simultaneamente, mas os resultados indicam que outras ações por parte da gestão não foram necessárias.

Os profissionais, de fato, citaram não só que não houve sobrecarga mas também que o programa “ajudou a lidar com os problemas no trabalho”. Um dos profissionais escreveu que

“De maneira alguma (houve sobrecarga), muito pelo contrário, consegui em alguns momentos, utilizar a técnica em momentos de estresse, ajudando a ‘renovar as energias’ e a mudar a forma de encarar os problemas”.

O último indicador é a “Percepção do programa como técnica efetiva para redução do estresse organizacional”. Um dos aspectos da viabilidade de um do programa é se os participantes e os grupos de interesse consideram-no útil (CHEN, 2010). De fato, os participantes considerarem um programa como satisfatório é apontado pela literatura como um dos principais aspectos de sua aceitabilidade (BOWEN et al., 2009). Nesse caso, não se busca avaliar a eficácia de um programa de forma a julgar se ele realmente produz os efeitos desejados, mas sim avaliar a perspectiva dos participantes, se os participantes consideraram que o programa foi útil e que gerou resultados. A literatura sobre meditação mindfulness aponta, de maneira similar, que a aceitabilidade de um programa de meditação mindfulness está ligada à percepção gradual dos benefícios da técnica pelos participantes ao longo do programa, tanto em si mesmo como nos outros profissionais (BYRON et al., 2015).

O resultado desse indicador mostrou que 100% dos profissionais consideram o programa de meditação mindfulness como eficaz para auxiliar-lhes na redução do estresse organizacional, tendo este sido julgado portanto como Muito Viável. Nas respostas, as categorias mais citadas foram que o programa foi eficaz para “reduzir o estresse organizacional” e para “lidar com os pensamentos”. Um dos participantes descreveu que

“...o programa foi útil na redução do estresse em geral, como também na redução da ansiedade, acalmando os pensamentos, vendo os pensamentos de uma maneira mais leve, não tão real”.

Outro participante relatou que

“Sempre que passo por algum estresse no trabalho aplico o que aprendi sobre a atenção plena, sobre recuar e saber o que fazer antes de agir com raiva. Aprendi a pensar mais positivo e a recuar diante do estresse”.

Além disso, foi citado que o programa foi útil por ter sido possível “aplicar no ambiente de trabalho” e por ensinar como “não reagir automaticamente”. Um dos participantes escreveu que quer

continuar praticando e assim melhorar e aprimorar muitas das reações "impulsivas que cometemos".

A subdimensão Aceitabilidade é julgada então como Muito Viável. Apesar de alguns profissionais terem abandonado o programa após as duas primeiras semanas, cujas causas devem ser investigadas por futuros estudos de forma a aumentar a retenção, os participantes aderiram ao programa e acreditam que este não lhes trouxe sobrecarga de trabalho, além de acreditarem que foi útil em lhes ajudar a lidar com o estresse organizacional e disseram que o recomendariam para outros profissionais da atenção básica.

A dimensão Perspectiva dos Stakeholders, composta pelas subdimensões Demanda e Aceitabilidade, foi considerada Muito Viável para a realização e implementação de programas de meditação mindfulness. Não só os profissionais sentem que eles e os colegas estão estressados e existe uma demanda por intervenções para redução do estresse organizacional, bem como os profissionais aceitaram muito bem o programa como uma solução para essa demanda, por considerá-lo útil em reduzir o estresse e ajudar a lidar com pensamentos de uma maneira geral.

O processo de definição dos níveis de viabilidade de cada subdimensão e dimensão, que resulta no nível de viabilidade do programa como um todo é apresentado no Quadro 6, onde são apresentados o parâmetro utilizado para cada subdimensão, dimensão e do programa em geral; o resultado progressivamente obtido após a somatória dos escores dos indicadores, das subdimensões e das dimensões; os pesos das subdimensões e o julgamento de valor das subdimensões, dimensões e do programa de meditação mindfulness.

Quadro 35. Matriz de Julgamento da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica

MATRIZ DE JULGAMENTO		
SUBDIMENSÕES	DIMENSÕES	PROGRAMA
<p>Praticidade</p> <p>Σ Escores 6 = Muito viável (6) 5-4 = Viável (4) 3-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 5</p> <p>Peso: 1</p> <p>Julgamento de Valor: Viável (2 pontos)</p>	<p>Contexto Organizacional</p> <p>Σ Escores 9-8 = Muito viável (3) 7-6 = Viável (2) 5-4 = Pouco Viável (1) 3-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 6</p> <p>Julgamento de Valor: Viável (2 pontos)</p>	<p>Viabilidade do Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica</p> <p>Σ Escores 6 = Muito viável 5-4 = Viável 3-2 = Pouco Viável 1-0 = Inviável</p> <p>Resultado: 5</p> <p>Julgamento de Valor: Viável</p>
<p>Adaptação</p> <p>Σ Escores 6-5 = Muito viável (6) 4 = Viável (4) 3-2 = Pouco Viável (2) 1-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 3</p> <p>Peso: 1</p> <p>Julgamento de Valor: Pouco Viável (1 pontos)</p>		

Quadro 36. Continuação.

SUBDIMENSÕES	DIMENSÕES	PROGRAMA
<p>Integração</p> <p>Σ Escores 9-7 = Muito viável (3) 6-5 = Viável (2) 4-3 = Pouco Viável (1)</p> <p>Resultado: 8</p> <p>Peso: 1</p> <p>Julgamento de Valor: Muito Viável (3 pontos)</p>	<p>Contexto Organizacional</p> <p>Σ Escores 9-8 = Muito viável (3) 7-6 = Viável (2) 5-4 = Pouco Viável (1) 3-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 6</p> <p>Julgamento de Valor: Viável (2 pontos)</p>	<p>Viabilidade do Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica</p> <p>Σ Escores 6 = Muito viável 5-4 = Viável 3-2 = Pouco Viável 1-0 = Inviável</p> <p>Resultado: 5</p> <p>Julgamento de Valor: Viável</p>
<p>Demanda</p> <p>Σ Escores 6-5 = Muito viável (3) 4 = Viável (2) 3-2 = Pouco Viável (1) 1-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 6</p> <p>Peso: 1</p> <p>Julgamento de Valor: Muito Viável (3 pontos)</p>	<p>Perspectiva dos Stakeholders</p> <p>Σ Escores 9-8 = Muito viável (3) 7-5 = Viável (2) 4-3 = Pouco Viável (1) 2-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 9 pontos</p> <p>Julgamento de Valor: Muito Viável (3 pontos)</p>	

Quadro 37. Continuação.

SUBDIMENSÕES	DIMENSÕES	PROGRAMA
<p>Aceitabilidade</p> <p>Σ Escores 36-26 = Muito viável (6) 25-17 = Viável (4) 16-07 = Pouco Viável (2)</p> <p>Resultado: 28</p> <p>Peso: 2</p> <p>Julgamento de Valor: Muito Viável (6 pontos)</p>	<p>Perspectiva dos Stakeholders</p> <p>Σ Escores 9-8 = Muito viável (3) 7-5 = Viável (2) 4-3 = Pouco Viável (1) 2-0 = Inviável (0)</p> <p>Resultado: 9 pontos</p> <p>Julgamento de Valor: Muito Viável (3 pontos)</p>	<p>Viabilidade do Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica</p> <p>Σ Escores 6 = Muito viável 5-4 = Viável 3-2 = Pouco Viável 1-0 = Inviável</p> <p>Resultado: 5</p> <p>Julgamento de Valor: Viável</p>

O Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica foi julgado como Viável de ser realizado e implementado no contexto da atenção básica do município avaliado, onde a atenção básica já possui os recursos necessários em termos de espaço e material para a realização do programa. A Secretaria Municipal de Saúde do município avaliado também incentiva ações voltadas para a saúde dos seus trabalhadores e suas características organizacionais, onde o modelo de atenção não foca somente na assistência mas também em grupos terapêuticos e atividades complementares, permitem a integração de novos programas, possibilitando a realização dos programas no horário de trabalho e oferecendo estratégias para cobrir os profissionais. No que se refere ao contexto organizacional, uma barreira possivelmente crítica é a longa extensão de um programa de meditação mindfulness, que embora permita versões breves ainda assim é limitado em sua adaptação. Além

disso, outra possível barreira é a existência no sistema de profissionais qualificados a aplicá-lo, já que são rígidos os requisitos para instrutores de mindfulness. É importante que nesse primeiro momento, de implantação inicial em um novo contexto, os requisitos para um instrutor de meditação mindfulness possam sejam flexibilizados, ainda que não flexibilizados de modo a que o rigor técnico do programa seja comprometido, visando permitir um maior número inicial de instrutores e a conseqüente disseminação da prática. No que se refere à perspectiva dos stakeholders, existe uma demanda por intervenções de redução do estresse e o programa de meditação mindfulness apresentou elevada aceitabilidade pelos participantes, em função de sua utilidade percebida na redução do estresse e o seu interesse em a indicá-lo para colegas de trabalho.

Os resultados do presente trabalho estão sintetizados no Quadro 7, que apresenta novamente a matriz avaliativa, mas agora com o julgamento de valor acerca dos níveis de viabilidade dos indicadores, subdimensões, dimensões e programa.

Quadro 38. Matriz Avaliativa da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica com Julgamento de Valor acerca dos Níveis de Viabilidade

Indicadores	Subdimensões	Dimensões	Programa
Nº 1	Praticidade	Contexto Organizacional	Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica
Nº 2			
Nº 3	Adaptação		
Nº 4			
Nº 5	Integração		
Nº 6			
Nº 7			
Nº 8	Demanda	Perspectiva dos Stakeholders	
Nº 9			
Nº 10	Aceitabilidade		
Nº 11			
Nº 12			
Nº 13			
Nº 14			
Nº 15			
LEGENDA	NÍVEL DE VIABILIDADE		COR
	Muito Viável		
	Viável		
	Pouco Viável		
	Inviável		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa mostram que os profissionais da atenção primária sentem-se estressados e percebem o mesmo em seus colegas de trabalho, assim como percebem que necessitam de intervenções para redução do estresse. O programa de meditação mindfulness, além de ter sua eficácia para redução do estresse demonstrada por pesquisas, foi avaliado como viável para ser realizado e implementado na atenção básica nacional. O contexto da atenção básica no município avaliado já possui os materiais e recursos necessários para o programa ser realizado, carecendo somente da aquisição de almofadas para uma prática ótima. Além disso, sua conformação organizacional favorece que sejam realizadas ações voltadas à Saúde do Trabalhador, o que fez o programa ser prontamente acolhido e possibilitou a realização dos grupos em horário de trabalho, o que evita sobrecarregar profissionais que muitas vezes já possuem poucos momentos de folga, bem como a criação de estratégias para cobrir os profissionais quando ausentes de suas funções.

Uma barreira que pode ser crítica é a extensão do programa em número de semanas e horas por encontro, de forma que ainda que este seja possível de ser realizado em versão mais breves, não é possível realizar grandes adaptação sem sacrificar suas características fundamentais e, portanto, que se alcance o resultado desejado. Além disso, recomenda-se que em um momento inicial de implementação sejam flexibilizadas as rígidas recomendações para os instrutores de mindfulness, de forma que sejam possíveis encontrar no sistema instrutores com as características suficientes para a aplicação do programa, visando usar estratégias para a qualificação completa destes profissionais no longo prazo.

Um dos principais facilitadores para a realização e implementação do programa no contexto da atenção básica foi a aceitabilidade deste. Ainda que a taxa de retenção pudesse ser mais alta, os profissionais aderiram ao programa e o consideram útil para a redução do seu estresse organizacional. Além disso, recomendariam o programa para outros profissionais da atenção básica.

Além de alguns fatores de contexto, as limitações do presente trabalho deram-se devido a ter sido avaliada apenas uma única intervenção. Futuros trabalho poderão avaliar a viabilidade de outras intervenções baseada em mindfulness no contexto da atenção básica, de forma a produzir dados mais robustos da viabilidade de um programa de

meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica, bem como propor também outros planos de ação e modificações a serem realizadas anteriormente a uma implementação de larga escala.

A aplicação do modelo de avaliação utilizado neste estudo em um determinado município permitiu identificar o grau de viabilidade de um programa de meditação mindfulness para este contexto, sendo que as subdimensões Praticidade e Demanda podem ser avaliadas mesmo sem uma intervenção, enquanto que as subdimensões Adaptação, Integração e Aceitabilidade dependem da aplicação de um programa. Esse modelo pode ser aplicado em outros municípios, com outros contextos organizacionais e outros portes populacionais, não há restrição para sua aplicabilidade. A matriz avaliativa com seus indicadores permite aos gestores identificar quais são os recursos necessários, e os diversos fatores envolvidos na implantação e realização de um programa de meditação mindfulness no contexto da saúde do trabalhador da atenção primária. Os pontos críticos aqui destacados, como a dificuldade de conseguir um instrutor com a formação exigida para aplicar o programa, provavelmente serão também os mesmos em outros municípios brasileiros.

É inegável a necessidade de investimentos na saúde do trabalhador da atenção primária, e este trabalho pretende ampliar o debate sobre as possibilidades de intervenção nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ALBERTS, David S. et al. (Ed.). **Supportive Cancer Care**. Springer, 2016.

BYRON, Gerard et al. Implementation of mindfulness training for mental health staff: Organizational context and stakeholder perspectives. **Mindfulness**, v. 6, n. 4, p. 861-872, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, DF, 2006.

BOWEN, Deborah J. et al. How we design feasibility studies. **American journal of preventive medicine**, v. 36, n. 5, p. 452-457, 2009.

BURTON, Amy et al. How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. **Stress and Health**, 2016.

CAMPOS, F. C. et al. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.

CARVALHO, Liliane de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 3, p. 0-0, 2007.

CAVALCANTI, Mônica Maria de Arruda. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais—uma abordagem conceitual. **Interfaces de Saberes**, v. 6, p. 1-13, 2006.

CHEN, Huey T. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. **Evaluation and Program Planning**, v. 33, n. 3, p. 205-214, 2010.

CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 15, n. 5, p. 593-600, 2009.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Vozes, 1993.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRANE, Rebecca S. et al. Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. **Mindfulness**, v. 1, n. 2, p. 74-86, 2010.

CRANE, Catherine; WILLIAMS, J. Mark G. Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. **Mindfulness**, v. 1, n. 1, p. 10-20, 2010.

CRANE, Rebecca S.; KUYKEN, Willem. The implementation of mindfulness-based cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. **Mindfulness**, v. 4, n. 3, p. 246-254, 2013.

DEMARZO, M. M. P.; CEBOLLA, A.; GARCIA-CAMPAYO, J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 2, p. 166-171, 2015.

DEMARZO, Marcelo et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 573-582, 2015.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FIXSEN, Dean L. et al. **Implementation Research:: A Synthesis of the Literature**. Tampa: Louis de La Parte Florida Mental Health Institute, 2005. 119 p. Disponível em: <<http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

GUIMARÃES, Norma Gonzaga et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. 2010.

GUNARATANA, Bhante H. **Mindfulness in plain English**. Simon and Schuster, 2011.

KLATT, Maryanna D.; BUCKWORTH, Janet; MALARKEY, William B. Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. **Health Education & Behavior**, 2008.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 6, p. 763-771, 2013.

KUYKEN, W.; CRANE, R.; WILLIAMS, M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT): Implementation Resources. **Exeter, Bangor and Oxford Universities**, 2012.

HADDAD, Ana Estela. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Gold Book**, v. 1, p. 12-44, 2012.

KABAT-ZINN, Jon; LIPWORTH, Leslie; BURNEY, Robert. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. **Journal of behavioral medicine**, v. 8, n. 2, p. 163-190, 1985.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. **Journal of psychosomatic research**, v. 78, n. 6, p. 519-528, 2015.

LAMOTHE, Martin et al. 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**, v. 24, p. 19-28, 2016.

LANCMAN, Selma et al. O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. In: **O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na Saúde Mental dos trabalhadores**. 2012.

LAZAR, Sara W. et al. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. **Neuroreport**, v. 11, n. 7, p. 1581-1585, 2000.
LEE, Jennifer et al. Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 22, n. 1, p. 15-28, 2008.

LEONELLI, Luiz Bernardo. **Estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Medicina Preventiva. Saúde Coletiva.

- MACKENZIE, Corey S.; POULIN, Patricia A.; SEIDMAN-CARLSON, Rhonda. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. **Applied Nursing Research**, v. 19, n. 2, p. 105-109, 2006.
- MAGALHÃES, Cláudia Castro Bernardes. Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. 2014.
- MAISSIAT, Greisse da Silveira et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.
- MARTINS, Leonardo Fernandes et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**, v. 19, n. 12, p. 4739-50, 2014.
- MCINTYRE, Teresa. Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. **Análise Psicológica**, v. 12, p. 193-200, 1994.
- MCKENZIE, Stephen P.; HASSED, Craig S.; GEAR, Jacqui L. Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. **EXPLORE: The Journal of Science and Healing**, v. 8, n. 6, p. 360-367, 2012.
- MEADOWS, Graham et al. Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability. **Psychological medicine**, v. 32, n. 02, p. 299-309, 2002.
- MELO, Bárbara M. Teixeira E.; GOMES, António Rui; CRUZ, José Fernando A. Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. 1997.
- MITCHELL, John T. et al. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. **Journal of attention disorders**, p. 1087054713513328, 2013.
- MORENO, Fernanda Novaes et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro**, p. 140-145, 2011.

NETWORK, UK Mindfulness-Based Teacher Trainer. Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses. **Available at: mindfulnessteachersuk.org.uk/pdf/teacher-guidelines.pdf** (accessed 11 March 2013), 2011.

NILSSON, Håkan. Socioexistential mindfulness: Bringing empathy and compassion into health care practice. **Spirituality in Clinical Practice**, v. 3, n. 1, p. 22, 2016.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de et al. Educação a distância e formação continuada: em busca de progressos para a saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 37, n. 4, p. 578-583, 2013.

PADGETT, Douglas M. "Americans need something to sit on," or Zen meditation materials and Buddhist diversity in North America. **Journal of Global Buddhism**, v. 1, p. 61-81, 2000.

PRINS, Marijn A. et al. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 6, p. 1038-1058, 2008.

REINHARDT, Érica Lui; FISCHER, Frida Marina. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. 2009.

RODRIGUES, Angelo Giovanni et al. Práticas integrativas e complementares no SUS: Ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do Sistema. 2011.

ROSENZWEIG, Steven et al. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. **Teaching and learning in medicine**, v. 15, n. 2, p. 88-92, 2003.

RUA, Maria das Graças. Avaliação de políticas, programas e projetos: notas introdutórias. **Brasília: ENAP**, 2000.

RUFFAULT, Alexis et al. Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. **Contemporary Clinical Trials**, v. 49, p. 126-133, 2016.

SANTIAGO, Pedro Henrique Ribeiro; COLUSSI, Cláudia Flemming. **AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE MEDITAÇÃO MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Editora UFMG, 2006.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde A method for the implementation and promotion of access to comprehensive and complementary primary healthcare practices. 2012.

SCHURE, Marc B.; CHRISTOPHER, John; CHRISTOPHER, Suzanne. Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. **Journal of Counseling and Development: JCD**, v. 86, n. 1, p. 47, 2008.

SHAPIRO, Shauna L.; BROWN, Kirk Warren; BIEGEL, Gina M. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 1, n. 2, p. 105, 2007.

SOARES, Raquel Guimarães; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LIMA, Francisco de Paula Antunes. A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. Searching for elements at work that could explain the low attendance to. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 31, n. 114, p. 149-160, 2006.

YOUNG, Douglas; BELENKO, Steven. Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment. **Journal of Drug Issues**, v. 32, n. 1, p. 297-328, 2002.

ZAZZALI, James L. et al. The adoption and implementation of an evidence based practice in child and family mental health services

organizations: A pilot study of functional family therapy in New York State. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 35, n. 1-2, p. 38-49, 2008.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTS, David S. et al. (Ed.). **Supportive Cancer Care**. Springer, 2016.

ALDAO, Amelia et al. The Relationship between Rumination and Affective, Cognitive, and Physiological Responses to Stress in Adolescents. **Journal Of Experimental Psychopathology**, [s.l.], v. 5, n. 3, p.272-288, 21 nov. 2014.

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. **Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook Editora, p. 89-107, 2010.

ASUERO, Andrés Martín et al. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. **Gaceta Sanitaria**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.521-528, nov. 2013.

ATANES, Ana CM et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 15, n. 1, p. 303, 2015.

BABBITT, Irving. **The Dhammapada**. New Directions Publishing, 1965.

BACHION, Maria Márcia et al. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARROS, Nelson Filice de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 850-850, 2006.

BAUER, Jan; GRONEBERG, David A. Perception of stress-related working conditions in hospitals (iCept-study): a comparison between physicians and medical students. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v. 8, n. 1, p. 1, 2013.

BECK, Judith S. **Cognitive behavior therapy: Basics and beyond**. Guilford Press, 2011.

BECKMAN, Howard B. et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. **Academic Medicine**, v. 87, n. 6, p. 815-819, 2012.

BELANSKY, Elaine S. et al. Adapted intervention mapping: a strategic planning process for increasing physical activity and healthy eating opportunities in schools via environment and policy change. **Journal of School Health**, v. 83, n. 3, p. 194-205, 2013.

BELLAROSA, Cinzia; CHEN, Peter Y. The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions: A survey of subject matter expert opinions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 2, n. 3, p. 247, 1997.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde Evaluation model for municipal health planning management. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.

BISHOP, Scott R. et al. Mindfulness: A proposed operational definition. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 11, n. 3, p. 230-241, 2004.

BLAUG, Ricardo; KENYON, Amy; LEKHI, Rohit. Stress at work: A report prepared for the work foundation's principal partners. 2007.

BOTOMÉ, Silvio Paulo. Sobre a noção de comportamento. **Filosofia: diálogo de horizontes**, p. 685-708, 2001.

BOWEN, Deborah J. et al. How we design feasibility studies. **American journal of preventive medicine**, v. 36, n. 5, p. 452-457, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, DF, 2006.

BROCK, Caroline. **Self Care – A Real Choice: Self Care Support – A Practical Option**. Londres: Dh Publications Orderline, 2005. Disponível em:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BROWN, Kirk Warren; RYAN, Richard M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of personality and social psychology**, v. 84, n. 4, p. 822, 2003.

BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, p. 152-7, 2006.

BURTON, Amy et al. How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. **Stress and Health**, 2016.

BYRON, Gerard et al. Implementation of mindfulness training for mental health staff: Organizational context and stakeholder perspectives. **Mindfulness**, v. 6, n. 4, p. 861-872, 2015.

CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira; CRUZ, Myrt Thânia; GOMES, Dione Fagundes Nunes. E A SÍNDROME DE BURNOUT NOS TRABALHADORES DE RECURSOS HUMANOS?. **Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração-FEA. ISSN 2237-4418**, v. 30, n. 3, 2015.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 11, n. 4, p. 358-364, 2002.

CAMPOS, F. C. et al. Telessaúde em apoio à atenção primária à saúde no Brasil. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.

CARMODY, James; BAER, Ruth A. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. **Journal of behavioral medicine**, v. 31, n. 1, p. 23-33, 2008.

CARVALHO, Liliane de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 3, p. 0-0, 2007.

CASTRO, Sônia de; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011

CAVALCANTI, Mônica Maria de Arruda. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais—uma abordagem conceitual. **Interfaces de Saberes**, v. 6, p. 1-13, 2006.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. **Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 61-76, 2011.

CHEN, Huey T. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. **Evaluation and Program Planning**, v. 33, n. 3, p. 205-214, 2010.

CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 15, n. 5, p. 593-600, 2009.

CHIESA, Alberto; MALINOWSKI, Peter. Mindfulness-based approaches: are they all the same?. **Journal of clinical psychology**, v. 67, n. 4, p. 404-424, 2011.

CHILENSKI, Sarah M. et al. A multi-level examination of how the organizational context relates to readiness to implement prevention and evidence-based programming in community settings. **Evaluation and program planning**, v. 48, p. 63-74, 2015.

CHRISTOPHER, John Chambers et al. Teaching self-care through mindfulness practices: The application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 46, n. 4, p. 494-509, 2006.

CINCOTTA, Julie A. **The link between individual occupational stress and organizational effectiveness as shown by performance evaluation, productivity measures, and employee satisfaction**. 2005. Tese de Doutorado. The George Washington University.

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. O que é burnout. **Educação: carinho e trabalho**, v. 2, p. 237-254, 1999

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Vozes, 1993.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, p. 385-396, 1983.

COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTNER, Herbert L. The validity of conclusions in evaluation research: A further development of Chen and Rossi's theory-driven approach. **Evaluation and Program Planning**, v. 12, n. 4, p. 345-353, 1989.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na

reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRAIG, Peter et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **Bmj**, v. 337, p. a1655, 2008.

CRANE, Rebecca S. et al. Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience. **Mindfulness**, v. 1, n. 2, p. 74-86, 2010.

CRANE, Catherine; WILLIAMS, J. Mark G. Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. **Mindfulness**, v. 1, n. 1, p. 10-20, 2010.

CRANE, Rebecca S. et al. Competence in teaching mindfulness-based courses: concepts, development and assessment. **Mindfulness**, v. 3, n. 1, p. 76-84, 2012.

CRANE, Rebecca S.; KUYKEN, Willem. The implementation of mindfulness-based cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. **Mindfulness**, v. 4, n. 3, p. 246-254, 2013.

D'ANGELO, EUGENE J. et al. Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. **Family process**, v. 48, n. 2, p. 269-291, 2009.

DEMARZO, M. M. P.; CEBOLLA, A.; GARCIA-CAMPAYO, J. The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 2, p. 166-171, 2015.

DEMARZO, Marcelo et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 6, p. 573-582, 2015.

DESCARTES, René; SÉRGIO, António. **Meditações metafísicas**. 1930.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FALGUERAS, Maite Vilà et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 1, p. 25-31, 2015.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme; FERREIRA, Viviane; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta paul enferm**, v. 19, n. 3, p. 310-5, 2006.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. 2009.

FILGUEIRAS, Julio Cesar; HIPPERT, Maria Isabel Steinherz. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999.

FIXSEN, Dean L. et al. **Implementation Research:: A Synthesis of the Literature**. Tampa: Louis de La Parte Florida Mental Health Institute, 2005. 119 p. Disponível em: <<http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirmonograph.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

FORTNEY, Luke et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. **The Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 5, p. 412-420, 2013.

GARCIA, Nármda Divina Fontenele. Avaliação de estrutura e processo das estratégias de controle da malária nos municípios Cantá e São João da Baliza–Roraima, Brasil. 2014.

GAVIRAGHI, Daniela et al. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 61-72, 2016.

GREESON, Jeffrey M.; TOOHEY, Michael J.; PEARCE, Michelle J. An Adapted, Four-Week Mind–Body Skills Group for Medical Students: Reducing Stress, Increasing Mindfulness, and Enhancing Self-Care. **Explore: The Journal of Science and Healing**, v. 11, n. 3, p. 186-192, 2015.

GETHIN, Rupert. On some definitions of mindfulness. **Contemporary Buddhism**, v. 12, n. 01, p. 263-279, 2011.

GOYAL, Madhav et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. **JAMA internal medicine**, v. 174, n. 3, p. 357-368, 2014.

GU, Jenny et al. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. **Clinical psychology review**, v. 37, p. 1-12, 2015.

GUIMARÃES, Norma Gonzaga et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. 2010.

GUNARATANA, Bhante H. **Mindfulness in plain English**. Simon and Schuster, 2011.

GÜNTHER, Hartmut. Como elaborar um questionário. **Brasília: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental**, 2003.

HADDAD, Ana Estela. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Gold Book**, v. 1, p. 12-44, 2012.

HARRISON, Michael I. et al. Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems. **Health care management review**, v. 41, n. 2, p. 127-144, 2016.

HERNÁNDEZ-VARGAS, Clara Ivette et al. Factores psicosociales predictores de burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria. **Ergonomía**, p. 227, 2009.

HOLMES, S. Work-related stress: a brief review. **The journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, v. 121, n. 4, p. 230-235, 2001.

HYLAND, Terry. McMIndfulness in the workplace: vocational learning and the commodification of the present moment. **Journal of Vocational Education & Training**, v. 67, n. 2, p. 219-234, 2015.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da saúde nemeses da medicina**. Nova Fronteira, 1975.

JÚNIOR, Emilton Lima; NETO, Emilton Lima. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais—estresse e migração. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, p. 210-25, 2010.

KABAT-ZINN, Jon; LIPWORTH, Leslie; BURNEY, Robert. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. **Journal of behavioral medicine**, v. 8, n. 2, p. 163-190, 1985.

KABAT-ZINN, Jon. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 10, n. 2, p. 144-156, 2003.

KLAPATCH, Lukas. Intuitive Impressions: Comparing Law Enforcement and the General Population's Perception of Stress in Others. **Undergraduate Review**, v. 10, n. 1, p. 89-96, 2014.

KLATT, Maryanna D.; BUCKWORTH, Janet; MALARKEY, William B. Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. **Health Education & Behavior**, 2008.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 6, p. 763-771, 2013.

KHOURY, Bassam et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. **Journal of psychosomatic research**, v. 78, n. 6, p. 519-528, 2015.

KIKEN, Laura G. et al. From a state to a trait: trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait

mindfulness. **Personality and Individual differences**, v. 81, p. 41-46, 2015.

KIRMAYER, Laurence J. Mindfulness in cultural context. **Transcultural psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 447-469, 2015.

KLATT, Maryanna D.; BUCKWORTH, Janet; MALARKEY, William B. Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. **Health Education & Behavior**, 2008.

KLEINMAN, Arthur; KLEINMAN, Joan. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. **Culture, medicine and psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 275-275, 1991.

KLIGLER, Benjamin; TEETS, Raymond; QUICK, Melissa. Complementary/Integrative Therapies That Work: A Review of the Evidence. **American Family Physician**, v. 94, n. 5, 2016.

KRASNER, Michael S. et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. **Jama**, v. 302, n. 12, p. 1284-1293, 2009.

KRAVITS, Kate et al. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. **Applied Nursing Research**, v. 23, n. 3, p. 130-138, 2010.

KUYKEN, W.; CRANE, R.; WILLIAMS, M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT): Implementation Resources. **Exeter, Bangor and Oxford Universities**, 2012.

LANCMAN, Selma et al. O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. In: **O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na Saúde Mental dos trabalhadores**. 2012.

LAMOTHE, Martin et al. 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**, v. 24, p. 19-28, 2016.

LANA, Francisco Carlos Félix; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev latinoam enferm**, v. 4, n. 1, p. 97-110, 1996.

LAZAR, Sara W. et al. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. **Neuroreport**, v. 11, n. 7, p. 1581-1585, 2000.

LEE, Jennifer et al. Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 22, n. 1, p. 15-28, 2008.

LEMOS, Kelly Cristine Vieira. **MEDITAÇÃO BASEADA EM MINDFULNESS E O MÉTODO FELDENKRAIS® COMO TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SUS: A Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) Sob a Perspectiva dos Usuários**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

LEONELLI, Luiz Bernardo. **Estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Medicina Preventiva. Saúde Coletiva.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexo causal. **Revista de Administração da FEAD-Minas**, v. 2, n. 1, p. 73-80, 2005.

LLAPA, Eliana Ofelia Rodriguez et al. Uso de prácticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora. **Enfermería Global**, n. 39, p. 291, 2015.

MACKENZIE, Corey S.; POULIN, Patricia A.; SEIDMAN-CARLSON, Rhonda. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. **Applied Nursing Research**, v. 19, n. 2, p. 105-109, 2006.

MAGALHÃES, Cláudia Castro Bernardes. Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. 2014.

- MAISSIAT, Greisse da Silveira et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.
- MARTIN, Leonard L.; TESSER, Abraham. Some ruminative thoughts. **Advances in social cognition**, v. 9, p. 1-47, 1996.
- MARTINS, Leonardo Fernandes et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**, v. 19, n. 12, p. 4739-50, 2014.
- MATOS, C. Fundamentos da planificação situacional e os métodos do VII Plano da Nação. In: RIVERA, F. J. U. (org.) **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 107- 49.
- MAYESKE, George W.; LAMBUR, Michael Thomas. **How to design better programs: a staff centered stakeholder approach to program logic modeling**. Crofton, MD: Program Design Institute, 2001.
- MCINTYRE, Teresa. Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. **Análise Psicológica**, v. 12, p. 193-200, 1994.
- MCKENZIE, Stephen P.; HASSED, Craig S.; GEAR, Jacqui L. Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. **EXPLORE: The Journal of Science and Healing**, v. 8, n. 6, p. 360-367, 2012.
- MCTIERNAN, K.; MCDONALD, N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 22, n. 3, p. 208-218, 2015.
- MEADOWS, Graham et al. Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability. **Psychological medicine**, v. 32, n. 02, p. 299-309, 2002.
- MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em saúde**

dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MELO, Bárbara M. Teixeira E.; GOMES, António Rui; CRUZ, José Fernando A. Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MITCHELL, John T. et al. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. **Journal of attention disorders**, p. 1087054713513328, 2013.

MOTOWIDLO, Stephan J.; PACKARD, John S.; MANNING, Michael R. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. **Journal of applied psychology**, v. 71, n. 4, p. 618, 1986.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORELLI, Stephanie Giulianne Silva; SAPEDE, Mário; DA SILVA, Andréa Tenório Correia. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

MORENO, Fernanda Novaes et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro**, p. 140-145, 2011.

MUÑOZ, A. Martíne et al. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. **Atención primaria**, v. 32, n. 6, p. 343-348, 2003.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a

relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NAHIN, Richard L.; STRAUS, Stephen E. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. **British Medical Journal**, v. 322, n. 7279, p. 161, 2001.

NAVOLAR, Thaisa Santos et al. A Interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS. 2010.

NETWORK, UK Mindfulness-Based Teacher Trainer. Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses. **Available at: mindfulnessteachersuk.org.uk/pdf/teacher-guidelines.pdf** (accessed 11 March 2013), 2011.

NILSSON, Håkan. Socioexistential mindfulness: Bringing empathy and compassion into health care practice. **Spirituality in Clinical Practice**, v. 3, n. 1, p. 22, 2016.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan; WISCO, Blair E.; LYUBOMIRSKY, Sonja. Rethinking rumination. **Perspectives on psychological science**, v. 3, n. 5, p. 400-424, 2008.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de et al. Educação a distância e formação continuada: em busca de progressos para a saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 37, n. 4, p. 578-583, 2013.

ORSMOND, Gael I.; COHN, Ellen S. The Distinctive Features of a Feasibility Study Objectives and Guiding Questions. **OTJR: occupation, participation and health**, v. 35, n. 3, p. 169-177, 2015.

PADGETT, Douglas M. "Americans need something to sit on," or Zen meditation materials and Buddhist diversity in North America. **Journal of Global Buddhism**, v. 1, p. 61-81, 2000.

PAFARO, Roberta Cova; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.152-160, 2004.

PAZ, Leidijany Costa. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) como fonte de identificação de casos de AIDSem crianças. 2008.

PEREIRA, Mária Eduardo Costa. A saúde mental e a razão sanitária. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 509-513, 2008.

PIRES, Diego Anselmi; COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Assessment of municipal management of oral health in primary care: data collection instrument accuracy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4525-4534, 2014.

PRINS, Marijn A. et al. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. **Clinical psychology review**, v. 28, n. 6, p. 1038-1058, 2008.

QUEIROZ, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde The trajectory towards alternative medicines: an analysis of health professionals' social. **Cad. Saude Publica**, v. 16, n. 2, p. 363-375, 2000.

REINHARDT, Érica Lui; FISCHER, Frida Marina. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. 2009.

RICHARDS, Kelly C.; CAMPENNI, C. Estelle; MUSE-BURKE, Janet L. Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. **Journal of Mental Health Counseling**, v. 32, n. 3, p. 247, 2010.

RODRIGUES, Angelo Giovanni et al. Práticas integrativas e complementares no SUS: Ampliação do acesso a práticas de saúde e resolubilidade do Sistema. 2011.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte da; WINOGRAD, Monah. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2012.

ROSENZWEIG, Steven et al. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. **Teaching and learning in medicine**, v. 15, n. 2, p. 88-92, 2003.

RUA, Maria das Graças. Avaliação de políticas, programas e projetos: notas introdutórias. **Brasília: ENAP**, 2000.

RUFFAULT, Alexis et al. Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. **Contemporary Clinical Trials**, v. 49, p. 126-133, 2016.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SALAREE, Mohammad Mehdi et al. Coping strategies used by Iranian nurses to deal with burnout: A qualitative research. **Global journal of health science**, v. 6, n. 6, p. 273, 2014.

SANTIAGO, Pedro Henrique Ribeiro; COLUSSI, Cláudia Flemming. **AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE MEDITAÇÃO MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SANTORELLI, Saki F. Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Standards of practice. **Retrieved April**, v. 3, p. 2015, 2014.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos. **Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Editora UFMG, 2006.

SANTOS, André Faro; JÚNIOR, Antônio Alves. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrados de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, Manuel C.; BARROS, Luísa; CAROLINO, Elisabete. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey

of physiotherapists in three general hospitals. **Physiotherapy**, v. 96, n. 4, p. 303-310, 2010.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde A method for the implementation and promotion of access to comprehensive and complementary primary healthcare practices. 2012.

SCHOLZE, Alessandro da Silva et al. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SCHUNK, Dale H. Metacognition, self-regulation, and self-regulated learning: Research recommendations. **Educational psychology review**, v. 20, n. 4, p. 463-467, 2008.

SCHURE, Marc B.; CHRISTOPHER, John; CHRISTOPHER, Suzanne. Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. **Journal of Counseling and Development: JCD**, v. 86, n. 1, p. 47, 2008.

SEITZ, Dallas P. et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 6, p. 503-506. e2, 2012.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. In: **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. Cortez, 2011.

SELYE, Hans. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. **Canadian Medical Association Journal**, v. 115, n. 1, p. 53, 1976.

SELYE, Hans. **Stress in health and disease**. Butterworth-Heinemann, 2013.

SHAPIRO, Shauna L. et al. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. **International Journal of Stress Management**, v. 12, n. 2, p. 164, 2005.

SHAPIRO, Shauna L.; BROWN, Kirk Warren; BIEGEL, Gina M. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 1, n. 2, p. 105, 2007.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento et al. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.

SOARES, Raquel Guimarães; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; LIMA, Francisco de Paula Antunes. A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. Searching for elements at work that could explain the low attendance to. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 31, n. 114, p. 149-160, 2006.

SPIJKERMAN, M. P. J.; POTS, W. T. M.; BOHLMMEIJER, E. T. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Clinical psychology review**, v. 45, p. 102-114, 2016.

SUMMERFIELD, Derek. 12 Cross-cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. **ISSUES AND CONTROVERSIES**, p. 233, 2004.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAMAYO, Mauricio Robayo; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de psicologia**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

TEASDALE, J.; WILLIAMS, M.; SEGAL, Z. The mindful way workbook. 2014.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Complementary practices, medical rationalities, and health promotion: some overlooked. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

VAN OOSTROM, Sandra H. et al. A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 19, n. 2, p. 212-222, 2009.

YOUNG, Douglas; BELENKO, Steven. Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment. **Journal of Drug Issues**, v. 32, n. 1, p. 297-328, 2002.

ZAZZALI, James L. et al. The adoption and implementation of an evidence based practice in child and family mental health services organizations: A pilot study of functional family therapy in New York State. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 35, n. 1-2, p. 38-49, 2008.

WALTZ, Thomas J. et al. Expert recommendations for implementing change (ERIC): protocol for a mixed methods study. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 1, 2014.

WHITAKER, Robert. Anatomy of an epidemic: Psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. **Ethical Human Sciences and Services**, v. 7, n. 1, p. 23-35, 2005.

WYER, Robert S. **Ruminative thoughts**. Psychology Press, 1996.

APÊNDICE A - Instrumentos de coleta

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O GESTOR

Tempo: Anterior à realização da intervenção

1) Você conhece a meditação da atenção plena (mindfulness)?

- Sim
- Já tinha ouvido falar, mas não tinha muito conhecimento
- Não

Comentários:

Se você respondeu sim na pergunta anterior, você tem conhecimento acerca da existência de evidência científica que indique a meditação da atenção plena (mindfulness) como um programa eficaz para redução do estresse?

- Eu sei que existe evidência científica que indica a meditação mindfulness como técnica eficaz para redução do estresse
- Eu sei que existe evidência científica que não indica a meditação mindfulness como técnica eficaz para redução do estresse
- Eu sei que não existe evidência científica que indica a meditação mindfulness como técnica eficaz para redução do estresse
- Eu não sei se existe evidência científica que indica a meditação mindfulness como técnica eficaz para redução do estresse

Comentários:

2) O programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional poderá ser realizado em sua versão:

- Completa de 8 semanas, com sessões semanais de ao menos 2 horas
- Breve de 4 semanas, com sessões semanais de ao menos 2 horas
- Completa de 8 semanas, com sessões semanais durando entre 1 e 2 horas
- Breve de 4 semanas, com sessões semanais durando entre 1 e 2 horas
- Não poderá ser realizado

Comentários:

3) Poderá ser viabilizada a realização do programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional dentro do horário de trabalho dos profissionais?

- Sim, os profissionais irão participar dentro do seu horário de trabalho
- Não, os profissionais irão participar fora do seu horário de trabalho

Comentários:

4) Caso os grupos sejam realizados durante o horário de trabalho dos profissionais, nos horários que os profissionais estiverem participando

do programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional haverá outros profissionais cobrindo suas funções? Estas serão interrompidas? Há alguma estratégia para lidar a ausência dos profissionais?

Comentários:

5) Nos últimos três anos, no município, já foram realizadas intervenções com o objetivo principal de promover a saúde do trabalhador? Quantas intervenções?

- 4 ou mais intervenções
- 2 a 3 intervenções
- 1 ou nenhuma intervenção

Se sim, que intervenções foram essas?

Comentários:

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA QUE IRÁ PARTICIPAR DA INTERVENÇÃO

Tempo: Anterior à realização da intervenção

1) Você, enquanto profissional da atenção básica, percebe-se estressado no seu ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

Se sim, você acredita que o seu estresse é decorrente de fatores do seu ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

Comentários:

2) Você percebe que seus colegas de trabalho, que também atuam na atenção básica, sentem-se estressados no trabalho?

- Sim
- Não

Se sim, você acredita que o estresse que eles experimentam é decorrente de fatores do ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

Comentários:

3) Na sua opinião quais são os fatores que geram estresse nos profissionais da atenção básica?

4) Você acha que necessita de uma intervenção para redução do estresse organizacional?

- Sim
- Não

Se sim, qual(is) intervenção(ões) você julga ser necessária?

5) Você acha que seus colegas necessitam de uma intervenção para redução do estresse organizacional?

- Sim
- Não

Se sim, qual intervenção você julga ser necessária?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA QUE PARTICIPOU DA INTERVENÇÃO

Tempo: Posterior à realização da intervenção

1) Você recomendaria o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional para um colega de trabalho?

- Sim, eu recomendaria o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional para um colega de trabalho.
- Não, eu não recomendaria o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional para um colega de trabalho.

Comentários:

2) Você percebe que houve acúmulo de carga em suas tarefas em função de sua participação nos encontros semanais de meditação da atenção plena (mindfulness)?

- Sim, eu percebo que houve acúmulo de carga nas tarefas do meu trabalho em função da minha participação nos encontros semanais de meditação da atenção plena.
- Não, eu percebo que não houve acúmulo de carga nas tarefas do meu trabalho em função da minha participação nos encontros semanais de meditação da atenção plena.

Comentários:

3) Você acredita que o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) foi efetivo para auxiliar-lhe na redução do estresse organizacional?

- Sim, eu acredito que o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) foi efetivo para auxiliar-me na redução do estresse organizacional.
- Não, eu acredito que o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) não foi efetivo para auxiliar-me na redução do estresse organizacional.
- Não tenho certeza se o programa de meditação da atenção plena (mindfulness) foi ou será efetivo para auxiliar-me na redução do estresse organizacional.

Comentários:

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O INSTRUTOR DOS GRUPOS DE MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA (MINDFULNESS)

Tempo: Anterior à realização da intervenção

1) Você têm como qualificação profissional:

- Profissional da saúde
- Profissional da saúde mental
- Pedagogo
- Assistente Social
- Outros. Resposta: _____

Comentários:

2) Você pratica meditação da atenção plena (mindfulness) formalmente com que frequência?

- 7 a 6 dias da semana
- 3 a 5 dias da semana
- 1 a 2 dias da semana
- Nenhum dia da semana

Comentários:

3) Você pratica meditação da atenção plena (mindfulness) a quantos anos?

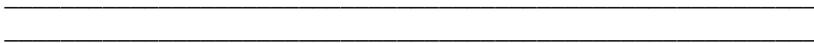
- 5 ou mais anos
- 3 a 4 anos
- Menos de 3 anos

Comentários:

4) Você já realizou algum curso de formação para ser instrutor de meditação da atenção plena (mindfulness)?

- Sim
- Não

Comentários:



ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM PROGRAMA DE MEDITAÇÃO MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Claudia Flemming Colussi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59530816.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.788.519

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Pedro Henrique Ribeiro Santiago, sob orientação da Profa. Dra. Cláudia Flemming Colussi, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, que pretende realizar entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com os profissionais da atenção primária, que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família ou no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam no município de Biguaçu. A intervenção se dará ao longo de quatro encontros semanais com duração de 2 horas cada. O tamanho total da amostra é de 40 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a viabilidade da implementação de um programa de meditação mindfulness para redução de estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

Objetivo Secundário:

- Propor um modelo teórico e matriz de avaliação da viabilidade da implementação de um programa de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.788.519

meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica;
 - Acompanhar a aplicação do programa de meditação mindfulness em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Biguaçu;
 - Discutir os fatores que podem interferir na viabilidade da implementação de um programa de meditação mindfulness para redução do estresse organizacional em profissionais da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram previstos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- roteiros de entrevista;
- TCLE, com as solicitações atendidas.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_770893.pdf	11/10/2016 08:23:03		Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETA.pdf	11/10/2016 08:20:32	PEDRO HENRIQUE RIBEIRO SANTIAGO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RespostaPendencias.pdf	11/10/2016 08:19:53	PEDRO HENRIQUE RIBEIRO SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	11/10/2016 08:17:51	PEDRO HENRIQUE RIBEIRO SANTIAGO	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.788.519

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/10/2016 08:17:51	PEDRO HENRIQUE RIBEIRO SANTIAGO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoPedro.pdf	02/09/2016 18:20:20	Claudia Flemming Colussi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	02/09/2016 17:35:19	Claudia Flemming Colussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/09/2016 17:34:13	Claudia Flemming Colussi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** ccp.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Ciências da Saúde
 Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

departamento de
 Saúde Pública
spb

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **AValiação da Viabilidade de um Programa de Meditação Mindfulness para Redução do Estresse Organizacional em Profissionais da Atenção Básica**. O objetivo deste estudo é avaliar a viabilidade da implementação de um programa de meditação da atenção plena (mindfulness) para redução do estresse organizacional em profissionais da Atenção Básica. A pesquisa se justifica pela necessidade de se pensar intervenções para redução do estresse organizacional em profissionais da saúde no nível de atenção básica. Profissionais da saúde, devido à natureza do seu trabalho, estão entre aqueles mais propensos a estresse organizacional e esgotamento emocional. São necessárias estratégias que sejam não somente eficaz e embasadas em comprovação científica, mas que sejam demonstradas como viáveis para implementação no sistema nacional de saúde.

Os resultados da pesquisa visam identificar os aspectos que prejudicam ou colaboram para a viabilidade da implementação de um programa de meditação da atenção plena (mindfulness) em maior escala, relacionando aspectos do contexto organizacional (estrutura, adaptação e integração) e perspectiva dos grupos de interesse (demanda, aceitabilidade). Além disso, as informações serão utilizadas para elaboração da Dissertação de Mestrado do estudante Pedro Henrique Ribeiro Santiago, que está concluindo o curso de mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina.

Sua participação nessa pesquisa é livre e voluntária, e consiste na participação dos grupos semanais de meditação da atenção plena (mindfulness) que irão ser realizados ao longo de quatro semanas com duração de duas horas. Além disso, a participação consiste em conceder uma entrevista ao pesquisador e responder a um questionário, com questões referentes à viabilidade do programa de meditação da atenção plena (mindfulness).

A pesquisa será desenvolvida segundo as normas da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Segundo esta resolução, qualquer pesquisa possui riscos e benefícios. No que se refere a riscos na participação nos grupos e da prática da meditação da atenção plena (mindfulness), uma vez que o objetivo da meditação é ampliar a atenção e torná-la plena, a prática pode tornar mais aparente, ao estimular o sujeito a perceber, emoções negativas que já estavam ali presentes. Em relação aos benefícios da prática da meditação da atenção



plena (mindfulness), ensaios clínicos têm demonstrado que o aumento na percepção pode levar a uma melhor capacidade para lidar com estresse, além de diversos benefícios físicos e mentais.

O ato de responder a uma entrevista e a um questionário têm como riscos a exposição de opiniões pessoais ao pesquisador, que por vezes causam constrangimento, ou então podem trazer à memória experiências ou situações vividas que podem causar desconforto a você.

Durante a realização da intervenção e da coleta de dados, você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que possui formação em Psicologia e que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso caso você sinta desconforto ou mal estar.

As informações obtidas através dessa entrevista e do questionário são confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação, sendo que seu nome e dados pessoais não serão divulgados, para que você não seja identificado. Sempre existe, contudo, a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Você terá o direito de pedir uma indenização caso se sinta lesado de alguma forma em decorrência da sua participação nessa pesquisa, é um direito seu assegurado em lei.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas você também pode solicitar aos pesquisadores ressarcimento de quaisquer despesas que possa ter tido ao participar dessa pesquisa. Além disso, os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Você tem o direito de negar-se a participar, se assim o desejar, e não sofre qualquer risco ou prejuízo caso decida não participar. Você pode desistir da participação a qualquer momento, mesmo após responder à entrevista e ao questionário, sem prejuízo ao seu serviço neste setor da saúde, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Você poderá fazê-lo através dos telefones de contato das pesquisadoras, que se encontram ao final desse termo.

Você irá assinar e rubricar duas vias deste documento, que também serão assinadas e rubricadas pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.



Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Ciências da Saúde
 Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

departamento de
 Saúde Pública
Spb

Se você tiver qualquer dúvida com relação a esta pesquisa, pode esclarecê-la(s) mesmo durante a entrevista ou questionário, ou após a sua realização, também através do contato com os pesquisadores, cujos dados de telefone, endereço e e-mail estão abaixo, pois você receberá uma cópia deste termo devidamente assinado. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC cujo telefone, endereço e e-mail estão também referenciados abaixo.

Com sua participação, você estará contribuindo para a formação do estudante Pedro Henrique Ribeiro Santiago no curso de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e colaborando para a obtenção de dados para a pesquisa.

Eu, (NOME COMPLETO) _____ declaro que li o documento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido, entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Assinatura: _____

Data: ___/___/2016.

Eu, Pedro Henrique Ribeiro Santiago, atesto que esclareci cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura: _____

Data: ___/___/2016.

PESQUISADORES:

Claudia Fleming Colussi

Universidade Federal de Santa Catarina; Departamento de Saúde Pública

Endereço: Campus Universitário Trindade, s/n; CEP 88040-900 Florianópolis SC

Telefones: (48) 3721-5146; (48)9156-0191

E-mail: claudia.colussi@ufsc.br

 Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Saúde Pública
 Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima – Trindade
 Florianópolis - Santa Catarina - Brasil – CEP: 88040-970
www.spb.ufsc.br - (48) 3721-9388



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

departamento de
Saúde Pública
Spb

Pedro Henrique Ribeiro Santiago

Endereço: Rua José Ventura, nº 170, Trindade, Florianópolis - SC CEP 88036-642

Telefone: (48) 9937-0228

E-mail: phrs16@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC):

Endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade,

Florianópolis/SC, CEP 88.040-400

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br