



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Mariana Ladeira de Azevedo

Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros Sobre
Mindfulness.

Florianópolis

2020

Mariana Ladeira de Azevedo

Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros Sobre
Mindfulness.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Baptista Menezes.

Florianópolis

2020

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

Azevedo, Mariana Ladeira de
Conhecimento, atitude e prática profissional de
psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness. / Mariana
Ladeira de Azevedo ; orientador, Carolina Baptisa Menezes,
2020.
201 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, , Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis,
2020.

Inclui referências.

1. . 2. Atenção plena. 3. Psicologia clínica. 4.
Psicoterapia. I. Baptisa Menezes, Carolina. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em . III. Título.

Mariana Ladeira de Azevedo

Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre
Mindfulness.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Profª. Dra. Fernanda Machado Lopes
UFSC/PPGP/Examinadora Interna

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
UFSC/PPGSC/Examinador Externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Profª. Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield
UFSC/PPGP/Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Profª. Dra. Carolina Baptista Menezes.
UFSC/PPGP/Orientadora

Florianópolis, 2020.

Dedico este trabalho a toda e qualquer pessoa que já tenha (re)começado algo na vida. Cada passo é um novo começo. E andando é que se faz o caminho - perfeito como é - que nos conduz a lugares nunca imaginados. Com o coração aberto e a mente curiosa como a de uma criança, podemos nos maravilhar com o presente que a vida nos concede.

AGRADECIMENTOS

Não há como abrigar em alguns parágrafos os agradecimentos por um projeto que tem tomado forma há, pelo menos, duas décadas. Tampouco é possível ordenar por importância todos que, de alguma forma, contribuíram com este empreendimento. Portanto, apelo para que estes agradecimentos sejam lidos na ordem que lhe aprouver – seja qual for, sinto-me profundamente grata a você!

Agradeço a todos os colegas profissionais de psicologia e das outras áreas da saúde que participaram da pesquisa de campo, quer seja respondendo ou não à pesquisa, quer seja respondendo ao questionário piloto e dedicando seu tempo em me ajudar a aperfeiçoá-lo. Considero esta etapa um êxito total, acolhendo os resultados como fruto do cuidado dedicado a dar o espaço para a manifestação da sua opinião. Espero profundamente que este trabalho provoque reflexões para melhorar nossas oportunidades e condições de formação e atuação profissional.

Agradeço carinhosamente a quem tive orgulho de chamar de orientadora, Professora Doutora Carolina Baptista Menezes, inicialmente por confiar em mim ao oferecer o espaço para que eu pudesse continuar conduzindo programas baseados em *mindfulness* para os alunos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina desde 2017, sendo entusiasta e incentivadora desta ação que beneficiou, de alguma forma, mais de 500 alunos. Pela sensibilidade ao me ajudar a organizar e canalizar todo o potencial de ideação num propósito de pesquisa relevante para a prática profissional da Psicologia, culminando na realização deste trabalho do qual me orgulho imensamente. Por todas as horas de orientação paciente, pelo diálogo reflexivo e nutridor, pelo *feedback* gentil e assertivo, pela condução zelosa, pela disponibilidade tempestiva e pela amizade leve, que serviram como inspiração para

aperfeiçoar continuamente este trabalho. Literalmente, não teria sido possível sem você.

Gratidão, minha querida!

Agradeço ao estimado Professor Doutor Emilio Takase por muitas oportunidades e, acima de tudo, pela amizade ao longo dos anos. Anos atrás, apoiou minha primeira produção científica durante o curso de graduação de Psicologia e, tempos depois, incentivou este mestrado e tantas outras iniciativas relacionadas ao mindfulness. O estimado professor é um “hub” de conexões humanas, construindo pontes inteligentes entre pessoas, instigando os alunos a serem inovadores e empreendedores para fazerem a diferença.

Agradeço ao Laboratório de Psicologia Cognitiva Básica e Aplicada (LPCog), representado pelas Professoras Doutora Carolina Baptista Menezes e Doutora Fernanda Machado Lopes, e aos colegas de laboratório Guilherme Votto, Hudelson Passos, Lucas Nascimento, Mariana Bortolatto, Mariana Lopez e Victória Loos pela amizade e pelo acolhimento. Foram tantas horas de colaboração, troca e parcerias que certamente influenciaram e motivaram este trabalho. Sem a sua amizade, seu suporte social e emocional, a jornada não teria sido tão divertida! Desejo muito sucesso em seu caminho!

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Departamento de Psicologia que considero como meu segundo lar em Florianópolis. Acolheu-me durante a graduação em Psicologia, onde encontrei professores maravilhosos, fiz amizades das mais duradouras e recebi as melhores oportunidades que poderia desejar. Em 2018, acolheu-me novamente no Mestrado, encontrei novos professores maravilhosos, fiz novas amizades especiais e recebi ainda mais oportunidades do que poderia esperar. Serei sempre grata a esta universidade pública e de muita qualidade. Amplio os agradecimentos deste parágrafo também ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), aos professores e aos servidores que fazem este Programa acontecer: admiro sua dedicação e reconheço tudo o que fazem por nós, alunos pesquisadores – não seria possível sem vocês! E, ainda no contexto

acadêmico, agradeço aos colegas da Área 3: Saúde e Desenvolvimento Psicológico do PPGP: com o suporte de vocês, foi muito melhor! Gratidão a todos aqui mencionados. Desejo sucesso em seu caminho!

Agradeço infinitamente, de alma e de coração, ao meu esposo, Cezar, por tudo até aqui. Sou grata a você por nutrir minha alma, meu corpo e meu amor; por me apoiar incondicionalmente em meus projetos e empreendimentos; e por acreditar em mim, sempre – até nos momentos difíceis quando eu mesma duvidei. Agradeço por ler tudo o que escrevi, pela sensibilidade da sua avaliação e pela ponderação das suas opiniões. Gratidão, gratidão, gratidão, meu amado!

Agradeço carinhosamente a toda minha família e, em especial, aos meus pais e irmão. A gratidão de uma vida inteira não cabe aqui, mas suas escolhas acertadas e apoio incondicional quanto à minha educação formal e acadêmica, além dos valores éticos que me ensinaram, diretamente influenciaram este trabalho. Somos todos influência e inspiração uns aos outros e este trabalho também é uma conquista de vocês! Gratidão por tudo, amo vocês!

Agradeço às estimadas Doutora Luciana Dutra-Thomé e Doutoranda Marina Xavier Carpena pela valiosa contribuição na análise de dados e por fomentar minha curiosidade para que eu pudesse ir além. Sua disponibilidade e interesse foram importantes para os resultados desde trabalho e espero que os dados agreguem para a formação, prática e regulamentação em Psicologia.

Agradeço a todos que contribuíram, de alguma forma, na minha jornada pessoal e contemplativa de formação profissional em programas baseados em mindfulness. Aos doutores, mestres, professores, amigos e lamas do Chagdud Gonpa Khadro Ling e Chagdud Gonpa Rigdejd Ling, Mente Aberta – Mindfulness Brasil e Unifesp, Oxford Mindfulness Centre, Mundo Mindfulness, Centro Paulista de Mindfulness, University of California San Diego Center for Mindfulness, supervisores do UK Network for Mindfulness-based Teachers

Training Organisations, à querida Marcia Alencar, aos estimados alunos participantes dos programas baseados em mindfulness que ministrei, e muitas outras pessoas. Tantos nomes não caberiam aqui, mas todos os envolvidos contribuíram diretamente ou indiretamente na minha formação e prática pessoal e clínica. *It was life changing!*

NOTAS DA AUTORA

Esta dissertação foi redigida conforme a Resolução normativa nº 46/2019/CPG/UFSC, seguindo a estrutura de seções do Manual do Aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFSC, sendo a formatação e referências conforme o American Psychological Association Publication Manual (7.ed).

“Não precisas sair de casa.

Permanece junto à mesa e escuta.

Nem sequer escutes, apenas espera.

Nem mesmo esperes, mantém-te sozinho e em silêncio.

Então, o mundo oferecer-se-á a ti para ser desmascarado.

Não há escolha, ele rolará em êxtase aos teus pés.”

(Franz Kafka, 1883-1924)

RESUMO

A prática de *mindfulness* pode ser aplicada como técnicas isoladas ou como protocolos de intervenção que podem desenvolver uma capacidade ou característica, *mindfulness* disposicional – consciência da atenção dirigida à experiência tal qual ocorre no momento presente, sem julgamentos e de maneira intencional. Tem sido útil como complemento no tratamento de doenças; prevenindo recaídas em distúrbios mentais como depressão, compulsão alimentar e abuso de substâncias; ou para promover o bem-estar e a saúde mental. Considerando sua aplicação na saúde mental, *mindfulness* é uma ferramenta que pode ser usada por psicólogos clínicos. No entanto, há falta de informações sobre como os profissionais têm utilizado *mindfulness* sob uma perspectiva pessoal e profissional, e de que forma eles obtêm treinamento profissional para aplicação clínica. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar conhecimento, atitude e prática profissional de psicólogos clínicos brasileiros sobre *mindfulness*. Este levantamento transversal, utilizando questionário *online* enviado a psicólogos brasileiros, foi enviado para 6,100 psicoterapeutas. Destes, 601 responderam à pesquisa e 417 foram considerados como amostra por conveniência após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os participantes eram psicólogos clínicos de todas as regiões brasileiras, com idade acima de 21 anos, sem restrições de sexo, com registro ativo em um dos 23 Conselhos Regionais de Psicologia e de diversas abordagens psicológicas. Os resultados descreveram características dos psicólogos associadas ao conhecimento, recomendação, uso pessoal e profissional de *mindfulness*. A discussão foi dividida em dois estudos: o primeiro explorou a associação entre variáveis categóricas de nível declarado de conhecimento, recomendação aos clientes e uso de *mindfulness*, analisada por meio do teste exato de *Fisher*; o segundo explorou dados qualitativos para caracterizar a descrição de *mindfulness* de acordo com os psicólogos, usando análise de conteúdo e lexical

(classificação hierárquica descendente), e *chi-quadrado* para verificar a associação entre as classes de palavras e as características da amostra. Os dados mostraram que o nível de conhecimento está associado à recomendação, uso pessoal e profissional de mindfulness. As descrições de mindfulness foram organizadas em cinco classes: ausência de conhecimento, mindfulness como abordagem terapêutica, mindfulness como técnica isolada, efeitos de mindfulness, e definição operacional de mindfulness. Conclui-se que mindfulness está presente no cotidiano clínico dos psicólogos brasileiros de diversas abordagens, mas o conhecimento ainda é restrito. Sua recomendação pode estar sendo pautada no conhecimento do senso comum, advindo da divulgação em canais de comunicação não científicos. A falta de conhecimento e treinamento profissional em mindfulness gera riscos éticos, ao mesmo passo que limita sua utilização de forma eficaz e assertiva em condições clínicas que poderiam beneficiar o cliente no manejo da demanda e alívio do sofrimento.

Palavras-chave: atenção plena, psicologia clínica, psicoterapia, prática (psicologia).

ABSTRACT

Mindfulness practice can be applied as isolated techniques or as intervention protocols that can develop a capacity or trait, dispositional mindfulness – awareness of attention directed to experience as it occurs in present moment, without judgments and in an intentional way. It has been useful as a complement in treating disease, preventing relapse for mental disorders such as depression, binge eating and substance abuse, or for promoting well-being and mental health. Considering its application in mental health, mindfulness is a tool that can be used by clinical psychologists. However, there is lack of information on how professionals are using it from a personal and clinical perspective, as well as by what means they obtain professional training for clinical application. Thus, the objective of this study was to investigate knowledge, attitudes and professional practice of Brazilian clinical psychologists about mindfulness. This was a cross-sectional survey, using online questionnaire sent to Brazilian psychologists. From 6,100 psychotherapist, 601 answered the survey and 417 were considered by convenience sampling after inclusion and exclusion criteria. Participants were licensed clinical psychologists from all Brazilian regions, ages above 21 years old, no sex restrictions and from a variety of psychological approaches. Results described characteristics of psychologists associated with knowledge, recommendation, personal and professional use of mindfulness. Discussion was divided in two studies: the first explored association between categorical variables of declared level of knowledge, recommendation to clients and use of mindfulness, using Fisher's exact test; the second explores qualitative data to characterize mindfulness description according to psychologists, using content and lexical analysis (descending hierarchical classification), and chi-square to verify the association between classes of words and characteristics of sample. Data showed that level of knowledge was associated with recommendation, personal and

professional use of mindfulness. Descriptions of mindfulness were organized into five classes: lack of knowledge, mindfulness as a therapeutic approach, mindfulness as an isolated technique, effects of mindfulness, and operational definition of mindfulness. Conclusion is that mindfulness is present in the clinical routine of Brazilian psychologists from different approaches, but knowledge is still limited. Recommendation of mindfulness to clients may be based on common sense knowledge, arising from the dissemination in non-scientific communication channels. Lack of knowledge and professional training in mindfulness implies in ethical risks, while limiting its effective and assertive use in clinical conditions that could benefit from it.

Keywords: mindfulness, psychology, clinical, psychotherapy, practice (psychology).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	56
Figura 2.....	64
Figura 3.....	80
Figura 4.....	81
Figura 5.....	96
Figura 6.....	99
Figura 7.....	101
Figura 8.....	142
Figura 9.....	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	40
Tabela 2	41
Tabela 3	61
Tabela 4	62
Tabela 5	67
Tabela 6	71
Tabela 7	73
Tabela 8	75
Tabela 9	77
Tabela 10.....	79
Tabela 11.....	93
Tabela 12.....	94
Tabela 13.....	98
Tabela 14.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SILGAS

ACT Terapia de Aceitação e Compromisso

APA American Psychological Association

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEPSH Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CFP Conselho Federal de Psicologia

CHD Classificação Hierárquica Descendente

CNS Conselho Nacional de Saúde

CRP Conselho Regional de Psicologia

DBT Terapia Comportamental Dialética

DP Desvio-padrão

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FAP Psicoterapia Analítica Funcional

IC Intervalo de Confiança

IIP-32 Inventory of Interpersonal Problems-32

KIMS Kentucky Inventory of Mindfulness Skills

M Média

MB-EAT Mindfulness-based Eating Awareness Training

MBCT Mindfulness-based Cognitive Therapy

MBHP Mindfulness-based Health Promotion

MBI Intervenções Baseadas em Mindfulness

MBI-TAC Mindfulness-based Interventions Teaching Assessment Criteria

MBP Programas Baseados em Mindfulness

MBPM Mindfulness-based Pain Management

MBRP Mindfulness-based Relapse Prevention

MBSR Mindfulness-based Stress Reduction

MIP Programas ou Psicoterapias Informados em Mindfulness

MPCog Laboratório de Psicologia Cognitiva Básica e Aplicada

NHS National Health Services

NICE National Institute for Health and Care Excellence

OMS Organização Mundial de Saúde

PIC Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SCL-90-R Escala de Avaliação de Sintomas

ST Segmentos de Texto

STEP Questionário de Sessão para Psicoterapia Individual Geral e Diferencia

TC Termo de Compromisso

TCC Terapia Cognitivo-Comportamental

TM/CAM Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

VEV Questionário de Modificação da Experiência e do Comportamento

WAI Working Alliance Inventory

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	23
2.	INTRODUÇÃO.....	25
2.1	As Origens de Mindfulness no Contexto dos Protocolos de Intervenção.....	26
2.2	Mindfulness no Contexto da Saúde e das Práticas Integrativas	30
2.3	Mindfulness no Contexto da Psicologia Clínica	31
2.3.1	As Psicoterapias Informadas em Mindfulness.....	32
2.3.2	Os Programas Baseados em Mindfulness	33
2.3.3	A Prática de Mindfulness pelo Psicoterapeuta	39
2.4	Conhecimento, Atitude e Uso de Mindfulness por Psicoterapeutas.....	44
2.5	Objetivos	48
3.	MÉTODO.....	49
3.1	Delineamento da Pesquisa.....	49
3.2	Caracterização do Campo de Pesquisa.....	50
3.3	Participantes	50
3.4	Instrumento.....	53
3.5	Procedimentos Éticos.....	55
3.6	Procedimentos de Coleta de Dados	55
3.7	Procedimentos de Análise de Dados.....	57
4.	RESULTADOS	60
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81

5.1	Artigo 1. Conhecimento, Recomendação e Aplicação de Mindfulness por Psicólogos Clínicos Brasileiros.....	82
5.1.1	Resumo	82
5.1.2	Abstract.....	83
5.1.3	Resumen	84
5.1.4	Introdução.....	85
5.1.5	Método.....	90
5.1.5.1	<i>Participantes.....</i>	90
5.1.5.2	<i>Instrumento.....</i>	90
5.1.5.3	<i>Procedimentos</i>	91
5.1.5.4	<i>Análise de Dados.....</i>	92
5.1.6	Resultados	92
5.1.6.1	<i>Conhecimento Sobre Mindfulness pelos Psicólogos Clínico</i>	94
5.1.6.2	<i>Recomendação de Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	95
5.1.6.3	<i>Uso Profissional de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	97
5.1.6.4	<i>Uso Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	99
5.1.7	Discussão	101
5.1.7.1	<i>Conhecimento Sobre Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	101
5.1.7.2	<i>Recomendação de Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	103
5.1.7.3	<i>Uso Profissional de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	104
5.1.7.4	<i>Uso Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos.....</i>	107
5.1.7.5	<i>Limitações e Implicações</i>	110

5.1.8	Considerações Finais.....	112
5.1.9	Referências	113
5.2	Artigo 2. Descrevendo Mindfulness: Estudo com Psicólogos Clínicos Brasileiros 132	
5.2.1	Resumo	132
5.2.2	Abstract.....	133
5.2.3	Resumen	134
5.2.4	Introdução.....	135
5.2.5	Método.....	138
5.2.5.1	<i>Participantes.....</i>	<i>138</i>
5.2.5.2	<i>Instrumentos</i>	<i>138</i>
5.2.5.3	<i>Procedimentos de coleta de dados</i>	<i>139</i>
5.2.5.4	<i>Análise de Dados.....</i>	<i>139</i>
5.2.6	Resultados	140
5.2.6.1	<i>Classe 1: Ausência de Conhecimento</i>	<i>144</i>
5.2.6.2	<i>Classe 2: Efeitos</i>	<i>145</i>
5.2.6.3	<i>Classe 3: Abordagem Terapêutica</i>	<i>146</i>
5.2.6.4	<i>Classe 4: Técnicas</i>	<i>146</i>
5.2.6.5	<i>Classe 5: Definição Operacional</i>	<i>147</i>
5.2.7	Discussão	148
5.2.8	Considerações Finais.....	156
5.2.9	Referências	157

6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
7.	REFERÊNCIAS.....	169
	APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	188
	APÊNDICE B – Termo de Concordância do Questionário <i>Online</i>.....	191
	APÊNDICE C – Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre Mindfulness	193

1. APRESENTAÇÃO

Considerando a temática do uso de mindfulness como prática clínica em saúde mental, o presente trabalho foi desenvolvido no contexto do Laboratório de Psicologia Cognitiva Básica e Aplicada (LPCog), do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo a professora orientadora Dra. Carolina Baptista Menezes uma das coordenadoras do LPCog. Dentre outros temas, o escopo do laboratório inclui investigar os efeitos e mecanismos psicológicos da prática de meditação, mindfulness e yoga, e avaliar os impactos de intervenções baseadas nestas práticas sobre o desenvolvimento de habilidades cognitivas e emocionais em populações clínicas e não-clínicas.

Por necessidades emergentes do campo de atuação profissional em psicologia, sucedeu-se um processo de análise e ideação para identificar o que os psicólogos conhecem sobre mindfulness - construto e prática, e como mindfulness tem sido incorporado na prática psicoterapêutica no país, atendendo aos requisitos éticos da profissão. O resultado foi um projeto de pesquisa de levantamento com abrangência nacional, cuja metodologia e resultados apresentados e discutidos neste trabalho abordaram tantos os aspectos quantitativos de frequência e prevalência sobre conhecimento, recomendação, e prática profissional e pessoal de mindfulness, quanto os aspectos qualitativos sobre a definição de mindfulness pelos profissionais de psicologia clínica.

O conteúdo do presente trabalho divide-se em seis capítulos mais apêndices. No primeiro, são introduzidos alguns conceitos fundamentais e origens de mindfulness enquanto construto, técnica e programa de intervenção, exemplificando as formas de integração de mindfulness na psicologia clínica e problematizando a sua utilização no contexto clínico por psicoterapeutas, além de apresentar dos objetivos de pesquisa que norteiam este trabalho. No capítulo dois é apresentado o detalhamento do método de pesquisa utilizado para realizar o

levantamento sobre conhecimento, atitude e prática dos psicoterapeutas brasileiros sobre mindfulness, detalhando a população abordada, a construção do instrumento, procedimentos éticos, de coleta e de análise dos dados. No capítulo três são apresentados os resultados quantitativos, caracterizando a amostra participante conforme os objetivos específicos adotados. O capítulo quatro oferece a discussão dos dados quantitativos, agregando os resultados qualitativos referentes à descrição de mindfulness por parte dos psicoterapeutas, integrando-os com o referencial teórico sobre o tema por meio de dois artigos divididos conforme o método de pesquisa. As considerações finais apresentadas no quinto capítulo apresentarão algumas reflexões sobre os dados apresentados, uma visão integrativa dos produtos deste trabalho à luz de perspectivas futuras para novos estudos e limitações do presente trabalho. O capítulo seis, contendo o conjunto das referências citadas, e os apêndices encerram este trabalho.

2. INTRODUÇÃO

Mindfulness é um termo inglês que não encontra tradução exata para o português, tendo sido mais adaptado como *Atenção Plena* ou *Consciência Plena* no Brasil (Demarzo & García-Campayo, 2015; Williams & Penman, 2015). O termo *mindfulness* tem sido utilizado para se referir a uma qualidade mental e ao conjunto de técnicas que promove esta qualidade da mente (Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006).

Enquanto qualidade mental, *mindfulness disposicional* é distinguido entre traço (uma característica estável de uma pessoa) e estado (uma condição momentânea da pessoa) (Tomlinson et al., 2018). No sentido de qualidade mental, seja traço ou estado, *mindfulness* refere-se a um tipo particular de atenção intencional e focada no momento presente (Kabat-Zinn, 2011). Não existe um consenso sobre a definição operacional do construto *mindfulness*, sendo mensurado tanto unidimensionalmente quanto multidimensionalmente (Pires et al., 2016; Van Dam et al., 2018),

Enquanto prática que desenvolve tal traço/estado mental, *mindfulness* é referido por vezes como treinamento atencional, prática meditativa, técnica, programa ou protocolo (Crane et al., 2017; Germer et al., 2016). No contexto prático, o termo *mindfulness* tem origem na palavra *sati*, da língua *Pali* – considerada um dos idiomas do budismo – e vai além da atenção consciente, incluindo dimensões éticas (Demarzo & Martí, 2016). As dimensões éticas de *mindfulness* envolvem alguns aspectos. Sob o aspecto da saúde em medicina inclui o princípio hipocrático *primum non nocere* (antes, não prejudicar) que corresponde ao princípio da não-maleficência. Filosoficamente, as dimensões éticas estão relacionadas com a origem de *sati* no budismo e incluem princípios de ação, de fala ou de vida que permeiam essa filosofia (Bhikkhu Bodhi, 2011; Kabat-Zinn, 2011).

A organização de práticas de mindfulness em programas ou protocolos de intervenção teve sua origem no contexto hospitalar da Universidade de Massachusetts, na década de 1970, sistematizado pelo professor Jon Kabat-Zinn. Sua intenção era ensinar mindfulness como ferramenta e estratégia de manejo do sofrimento psicológico para pessoas da comunidade que relatavam problemas crônicos de dor, sem qualquer vinculação filosófica ou religiosa (Kabat-Zinn, 2011).

2.1 As Origens de Mindfulness no Contexto dos Protocolos de Intervenção

Para melhor compreensão do termo *mindfulness* é necessário esclarecer o contexto histórico do surgimento da filosofia que originou esse tipo de prática contemporânea no modelo de protocolos de intervenção. *Buddha* significa literalmente desperto. É um título conferido a pessoas que atingem tal estado de despertamento ou iluminação e também passou a ser utilizado como um título honorário da pessoa que fundou o Budismo: *Sidhartha Gautama*, considerado o único Buda vivo no atual período histórico, também referido como Buda histórico. É incerta a data de seu nascimento e morte, mas estima-se com certa segurança que viveu por volta dos séculos IV e V B.C.E.¹ Nascido onde atualmente é a região do Nepal, Gautama é o sobrenome da família pertencente ao clã *Sakya*, pelo que também foi conhecido como *Sakyamuni* (o sábio do clã *Sakya*). Sua história é contada como uma lenda (Nattier, 2004; Robinson et al., 1996; Smith & Novak, 2003).

A versão mais conhecida dos ensinamentos budistas está descrita em *Pali*, termo atualmente utilizado para designar uma linguagem ou idioma (Demarzo & Martí, 2016; Germer, 2016) e é considerado por algumas escolas como a linguagem falada pelo próprio

¹ B.C.E. = *abreviação de Before Common Era*, indicando a medição do tempo a partir do ano primeiro do calendário gregoriano, referido também como A.C. (Antes de Cristo).

Buda à sua época (Hinüber, 2004). Segundo Norman (1997), *cânone* é uma coleção de ensinamentos (orais ou escritos) que possuem um sentido de autoridade. Podem ser abertos, com a possibilidade de novos textos serem adicionados, ou fechados, considerando apenas os que ali constam, e são conteúdos fundamentais para uma determinada religião. Estima-se que o cânone budista começou a ser transcrito em Pali pela *sangha* (grupo formado por monges e pessoas com a finalidade de dar continuidade à disseminação dos ensinamentos) logo após a morte de Buda, concluindo-se no século I B.C.E. Cabe mencionar que, posteriormente, o cânone foi traduzido e adaptado ao idioma sânscrito por questões geográficas e culturais (Access to Insight, 2005; Hinüber, 2004; Norman, 1997; Robinson et al., 1996; Smith & Novak, 2003).

No cânone budista, encontra-se o termo *Sati*. Traduzido no inglês para *mindfulness*, é um termo que também não encontra uma correspondência direta no idioma português. O uso do termo *mindfulness* remonta ao século XIV em literatura inglesa sem vinculação filosófica, dogmática ou religiosa. A partir do século XIX, *mindfulness* passou a ser utilizado para se referir ao conceito e à prática de *sati* em contextos budistas (Langer, 2014; T. P. T. Ramos, 2015). O substantivo *sati* relaciona-se com o verbo *sarati* (lembrar, memória), não no sentido de rememorar eventos passados, mas lembrar-se de estar consciente do momento presente. *Sati* compreende, então, tanto o sentido de memória quanto de consciência do momento presente (Anālayo, 2004; Bhikkhu Bodhi, 2011).

Na década de 1970, Jon Kabat-Zinn, motivado por sua prática pessoal meditativa, propôs incorporar o *mindfulness* à ciência *mainstream* através de um protocolo secularizado de intervenção no contexto hospitalar da Universidade de Massachusetts, como uma forma de amenizar o sofrimento na vida dos pacientes. Sua visão foi compartilhar e difundir os conhecimentos sobre a essência da prática contemplativa a um nível mais popular e voltado à redução do sofrimento e melhora do bem-estar, de forma que seria possível fazer da

meditação algo tão convencional que todas as pessoas poderiam praticá-la, usando termos e técnicas acessíveis ao senso-comum, sem ligação dogmática com as tradições filosóficas permeadas pelo *dharma* (Kabat-Zinn, 2011).

Sendo o contexto hospitalar um local que contém todos os tipos de sofrimento, dor e doença em níveis que provavelmente não podem ser ignorados, Kabat-Zinn viu a oportunidade de levar mindfulness como um serviço de saúde para pessoas em geral, iniciando o que foi denominado Programa de Relaxamento e Redução do Estresse em setembro de 1979. Estando estabelecida num hospital, depois de alguns anos a iniciativa foi renomeada Clínica de Redução do Estresse, para enfatizar que se tratava de um serviço clínico como qualquer outro dentro do Departamento de Medicina. Na medida em que novos trabalhos eram formados com base nesta iniciativa, a abordagem passou a ser referida de forma mais genérica como *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR). Segundo o autor, a intenção e a abordagem por trás do MBSR não seria descontextualizar ou fragmentar os ensinamentos budistas, mas recontextualizá-los dentro do modelo de ciência, medicina (incluindo a psiquiatria e a psicologia) e saúde para que pudesse ser útil a pessoas (sejam médicos, pacientes, administradores ou outros) que não acessariam seus benefícios através do caminho da tradição budista (Kabat-Zinn, 2011).

Para Kabat-Zinn, mindfulness é uma consciência que emerge ao se prestar atenção de uma maneira particular: intencionalmente, no momento presente e sem julgamento das experiências internas ou externas (Kabat-Zinn, 2013; Williams et al., 2007). Segundo ele, mindfulness precisa ser compreendido *de dentro para fora*, ou seja, experiencialmente, como uma forma de viver a vida e uma maneira de compreender a natureza do corpo e da mente, e não meramente como mais uma técnica cognitivo-comportamental a ser aplicada dentro de um paradigma de modificação do comportamento (Kabat-Zinn, 2011).

Kabat-Zinn (2013; Mindfulnessgruppen, 2013) incorpora as atitudes budistas e as apresenta didaticamente em nove atitudes que se interconectam e compõem os fundamentos da prática secularizada de mindfulness:

- Não julgamento: mobilizar a atenção à experiência presente, momento a momento, permitindo-se ver as coisas como acontecem, sem vieses, críticas ou expectativas. Consiste em perceber a qualidade do julgamento, identificar o próprio viés, tomando consciência do padrão segundo o qual se julga uma experiência.
- Paciência: uma atitude voltada a si mesmo(a) que implica reconhecer que cada coisa se desdobra em seu próprio tempo. Portanto, refere-se a minimizar a impaciência que é dirigida a si mesmo(a) e aos outros, abrindo-se para o momento presente e aceitando o tempo em que cada coisa acontece.
- Mente de principiante: qualidade da mente que está disponível para perceber cada experiência como se fosse a primeira vez, liberando a pessoa das expectativas do que *deveria ser*, trocando a atitude preconcebida de *saber* por uma mais curiosa.
- Confiança: confiança na sabedoria interna, assumindo a responsabilidade de ser, aprendendo a ouvir a si mesmo(a). Confiar em si mesmo(a) e em sua bondade interna ajuda a confiar em outras pessoas e a ver a bondade nelas também.
- Não forçar: não forçar um resultado, uma experiência, nem lutar contra/evitar pensamentos, emoções e sensações. Nas palavras de Kabat-Zinn, é tentar menos e ser mais. Permitir que os eventos mentais sejam experimentados tal qual são, sem modificar ou lutar contra eles.
- Aceitação: em oposição à negação, implica em acolher a experiência presente como ela ocorre. Não significa ter uma atitude passiva frente aos eventos nem gostar de tudo, mas reconhecer os limites das coisas que não podem ser mudadas.

- Liberar/deixar ir: o apego a emoções, pensamentos ou sensações demanda energia para a manutenção destes eventos. Implica em deixar de lado a tendência seletiva de se manter o que é bom e rejeitar o que é ruim.
- Gratidão: todas as atitudes conduzem à gratidão ao momento presente, ao privilégio de se estar vivo e à aceitação de que as coisas estão como deveriam estar, pois nada é certo e garantido.
- Generosidade: sentimento de interconexão, contribuindo para fazer outras pessoas felizes pelo simples fato de fazer o bem, expandindo tais atitudes para além da pessoa em si, compartilhando-as com o mundo.
-

2.2 Mindfulness no Contexto da Saúde e das Práticas Integrativas

A Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* [WHO]), em sua Constituição (1946), incorporou outras dimensões além da doença na definição de saúde, conceituando-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade. Para a WHO, saúde é um recurso para a vida diária, não o objeto de vida (World Health Organization, 1986).

Como parte desta abordagem holística de saúde, a WHO lançou a Primeira Estratégia Global de Medicina Alternativa 2002-2005 (*WHO traditional medicine strategy. 2002-2005*, 2002), atualizada com diretrizes de implantação até 2023 (*WHO traditional medicine strategy. 2014-2023*, 2013). Neste documento, a WHO reconhece a *medicina tradicional e complementar/alternativa (traditional and complementary/alternative medicine [TM/CAM])* como a soma de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, utilizadas para a manutenção da saúde ou para a prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais.

No Brasil, em confluência a essa tendência, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (*Portaria nº 849, de 27 de março de 2017: inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2017; Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006: aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde, 2006*). A PNPIC representa o potencial catalizador para difusão e incorporação dos programas de mindfulness no país. No Reino Unido, por exemplo, mindfulness é uma das práticas baseadas em evidência oferecidas no *National Health Services* (NHS), o serviço nacional de saúde. Um dos protocolos de mindfulness faz parte das intervenções psicoterapêuticas indicadas para prevenção de recaída em pessoas que tiveram três ou mais episódios de depressão pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e tem sido praticado pelos parlamentares ingleses através do programa *The Mindfulness Initiative*, totalizando 165 membros do parlamento e 250 membros de equipe treinados até janeiro de 2018 (Demarzo, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health, 2010; The Mindfulness Initiative, 2018).

2.3 Mindfulness no Contexto da Psicologia Clínica

A proposta original de Buda pode ser considerada terapêutica, orientada à aliviar o sofrimento psicológico (Fulton & Siegel, 2016; Smith & Novak, 2003) através de princípios que valorizam o entendimento da realidade e a produção do conhecimento por meio da experiência direta e da investigação fenomenológica, com ênfase na saúde e na totalidade (Alper, 2016).

Mindfulness se insere no contexto da psicoterapia de três formas principais, que serão abordadas em detalhe logo adiante (Crane et al., 2017; Germer, 2016):

- Como parte conceitual do referencial teórico que sustenta determinados modelos psicoterapêuticos, os programas ou psicoterapias informadas em mindfulness (*mindfulness-informed programs* [MIP]), detalhado no item 1.3.1.
- Como um conjunto estruturado de técnicas que são explicitamente ensinadas e podem complementar o processo terapêutico – mas que não constituem o processo psicoterapêutico em si, os Programas ou Intervenções Baseadas em Mindfulness (*mindfulness-based programs* [MBP] ou *mindfulness-based interventions* [MBI]) detalhado no item 1.3.2.
- Pela prática do profissional psicoterapeuta como forma de desenvolver habilidades que serão benéficas para o processo e para a relação terapêutica, abordado no item 1.3.3.

2.3.1 As Psicoterapias Informadas em Mindfulness

Programas ou psicoterapias informadas em mindfulness (MIP) consistem em modelos psicoterapêuticos cujos referenciais teóricos possuem influências conceituais e práticas de mindfulness e podem – mas, não necessariamente – ensinar os exercícios de mindfulness aos clientes como parte do processo terapêutico. Diferem-se dos programas baseados em mindfulness (MBP) no que estes últimos são programas sistemáticos de treinamento, organizados em protocolos, que visam ensinar clientes a utilizar as práticas formais e informais de mindfulness, mas não constituem um modelo psicoterapêutico (Crane et al., 2017; Germer, 2016; T. P. T. Ramos, 2015). Dentre as principais psicoterapias informadas em mindfulness constam a *Terapia de Aceitação e Compromisso* (ACT), que encontra em

Steven Hayes (2016) sua maior representatividade; a *Terapia Comportamental Dialética* (DBT), de Marsha Linehan (1993); a *Terapia Focada na Compaixão*, de Paul Gilbert (2010), dentre outras.

2.3.2 Os Programas Baseados em Mindfulness

A obra que inaugura os Programas Baseados em Mindfulness (MBP) é *Full Catastrophe Living*, de Jon Kabat-Zinn (2013). Nela, não consta sequer uma definição conceitual de mindfulness. Ao invés disso, mindfulness é definido de forma operacional em termos de autorregulação da atenção com o objetivo de aproximar as epistemologias da ciência e do dharma. A diferença entre MIP e MBP é que ACT e DBT, por exemplo, são intervenções de psicoterapia que utilizam mindfulness como fundamento conceitual ao longo do tratamento (daí deriva o termo “informada”), enquanto que os MBP são intervenções estruturadas e breves, com técnicas de mindfulness organizadas em protocolos bem delimitados, voltadas ao treinamento sistemático de mindfulness, e não constituem um processo psicoterapêutico *per se* (Crane et al., 2017; Lucena-Santos et al., 2015; T. P. T. Ramos, 2015).

O programa Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR), considerado o primeiro protocolo e do qual outras adaptações se originaram, consiste num treinamento experiencial no formato grupal, voltado ao desenvolvimento de uma série de atitudes e habilidades de autorregulação emocional e cognitiva, gerando formas mais habilidosas de lidar com vulnerabilidades gerais de modo a reduzir a percepção de estresse e aumentar a percepção de bem-estar. O formato grupal proporciona vantagens ao possibilitar que a pessoa aprenda com os *insights* dos demais participantes, contribui para a motivação através do suporte entre pares e atua contra o isolamento que muitas doenças causam, além de oferecer uma relação

custo-benefício favorável, acolhendo mais pessoas ao mesmo tempo (Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006).

Os MBP tradicionalmente estão estruturados em (a) um *workshop* introdutório com um processo de triagem de participantes; (b) seguido pelo curso em si, composto de oito a dez encontros semanais com duração média de 2h30; e (c) um breve retiro de um dia entre a sexta e a sétima semana. Durante os encontros, são ensinadas técnicas de mindfulness, seguidas de um processo de investigação e compartilhamento sobre a experiência direta da prática, conduzida pelo instrutor-facilitador e complementadas com conteúdos teóricos que dão suporte à vivência (Santorelli et al., 2017; Segal et al., 2013).

As técnicas ensinadas são classificadas em técnicas *formais* e *informais*. As técnicas formais incluem: escaneamento corporal (em posição deitada ou sentada), atenção à respiração (posição sentada), movimentos com atenção plena (em pé e com movimentos dinâmicos), caminhada com atenção plena, atenção plena dos sons e pensamentos (posição sentada). As técnicas informais são propostas para exercitar uma qualidade diferenciada de atenção durante atividades cotidianas, como escovar os dentes ou alimentar-se. Entre cada encontro, os participantes são convidados a realizar as práticas formais e informais como tarefas (Germer, 2016).

Além destas, outras características balizam o que pode ser considerado um protocolo de mindfulness e são apresentadas em manuais como o *Guia Autorizado do Currículo do Mindfulness-based Stress Reduction* (Santorelli et al., 2017), ou no *Mindfulness-based Interventions Teaching Assessment Criteria* (MBI-TAC), elaborado em conjunto por autores das universidades The Bangor, Exeter e Oxford (Crane et al., 2012).

Crane e colaboradores (2017) descrevem os elementos essenciais que tanto o protocolo quanto o instrutor ou professor do programa devem apresentar para que seja caracterizado como um Programa Baseado em Mindfulness. Os MBP possuem natureza

prática, intensiva e contínua, estimulando o insight e entendimento do participante a partir da investigação da experiência pessoal. Além disso, os MBP compartilham a fundamentação em princípios e técnicas advindas das tradições contemplativas, da ciência baseada em evidências e das áreas da medicina, psicologia e educação. Estando sustentados por um modelo experiencial, uma das premissas dos MBP é que a forma como a pessoa se relaciona e responde à experiência está no centro das diversas formas de sofrimento. Assim, os programas baseados em mindfulness procuram provocar mudanças na forma de se relacionar com pensamentos, emoções e sensações físicas, possibilitando o desenvolvimento de possíveis mecanismos para aliviar o sofrimento. Por consequência, o modelo do MBP sustenta o desenvolvimento da atenção, da autorregulação emocional e comportamental, e de outras qualidades positivas como compaixão, sabedoria e equanimidade.

Já o instrutor de mindfulness deve apresentar as seguintes características (Crane et al., 2017): (a) demonstra competências específicas (apresentadas no MBI-TAC) que permitem a eficácia da condução do MBP; (b) incorpora as qualidades e as atitudes de mindfulness (como atenção, gentileza, aceitação e não-julgamento) no processo de ensino; (c) realizou treinamento apropriado, seguindo bons padrões de formação, e segue as boas práticas que incluem supervisão e manutenção da prática pessoal; e (d) proporciona um processo de aprendizagem participativa a seus alunos e clientes.

Para Crane e colegas (2017), a adaptação ou incorporação de elementos customizados nos programas acontece de três formas:

- A adaptação na fundamentação ou modelo teórico que seja particular a um determinado contexto ou população. Por exemplo, o programa de mindfulness aplicado para população com características de abuso de substâncias com o objetivo de prevenir recaídas incorporará modelos teóricos da entrevista motivacional e da terapia cognitiva (Bowen et al., 2011).

- A adaptação nas atividades, para que sejam mais acessíveis, aderentes e potentes para uma determinada população. Como exemplo, um protocolo voltado a distúrbios alimentares utilizará atividades de alimentação consciente como oportunidade experiencial (Kristeller et al., 2014).
- A adaptação na estrutura do programa para que possa ser incorporado num determinado contexto ou cenário. Por exemplo, um programa de mindfulness para alunos em escolas pode ser adaptado para que esteja inserido dentro do currículo pedagógico (Kuyken et al., 2013).

Os programas adaptados devem garantir que (a) os elementos essenciais sejam integrados à estrutura adaptada e sejam adequados à população e ao cenário; e (b) as variações de estrutura, duração e entrega sejam formatadas para se adequarem à população e ao cenário (Crane et al., 2017).

Os principais programas de mindfulness derivados do MBSR, juntamente com uma breve descrição de sua estrutura, são:

- Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (*Mindfulness-based Cognitive Therapy* [MBCT]) de Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale: voltado à prevenção de recaídas e recorrências em episódios de depressão maior através do desenvolvimento de habilidades específicas. Desenvolvido no final da década de 1990, este protocolo utiliza o *framework* do MBSR integrando as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do sistema de saúde nacional britânico. Também inclui elementos da Terapia Cognitiva como a psicoeducação sobre os mecanismos da depressão, técnicas cognitivas e tarefas de casa. A estrutura operacional é semelhante ao MBSR, composta de oito encontros semanais com duração média de duas horas, precedidos de uma palestra introdutória e entrevista de triagem de pacientes segundo características dos sintomas (Demarzo et al., 2015; Segal et al., 2013).

- Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness (*Mindfulness-based Relapse Prevention* [MBRP]) de Sarah Bowen, Neha Chawla e Alan Marlatt: voltado à prevenção de recaída no uso de substâncias psicoativas em comportamentos aditivos, este protocolo de oito encontros semanais no formato de grupo terapêutico, documentado em 2005, integra características do MBSR e MBCT com elementos da entrevista motivacional e de protocolos de compaixão para aumentar a consciência dos gatilhos, desenvolvendo uma nova forma de se relacionar com estas experiências e aprendendo maneiras mais habilidosas e concretas de enfrentar situações de alto risco (Bowen et al., 2011).
- Consciência Alimentar Baseada em Mindfulness (*Mindfulness-Based Eating Awareness Training* [MB-EAT]) de Jean Kristeller: desenvolvido especificamente para o tratamento do Transtorno de Compulsão Alimentar utilizando modelos teóricos sobre os mecanismos de fome fisiológica e saciedade, autorregulação e modelos neurocognitivos de mindfulness. O programa está estruturado em dez sessões em grupo com técnicas guiadas para o aprendizado de habilidades de mindfulness, consciência alimentar (*mindful eating*), equilíbrio emocional e autoaceitação para regular o comportamento alimentar referente à decisão de comer, escolha do alimento (qualidade *versus* quantidade), identificação dos sinais de fome e saciedade e consciência emocional (Kristeller et al., 2014).
- Mindfulness para Manejo de Dor (*Mindfulness-based Pain and Illness Management* [MBPM]) de Vidyamala Burch: com base em sua experiência pessoal de dor crônica, a autora desenvolveu um protocolo com estrutura semelhante ao programa MBSR, contemplando oito encontros de duas hora e meia de duração, para gerenciar dores crônicas e sofrimento. Estudos clínicos controlados demonstram que mindfulness é tão efetivo quanto analgésicos comuns no manejo da dor (Cusens et al., 2009).

Daphne Davis e Jeffrey Hayes (2011) consolidaram os principais benefícios de mindfulness em três dimensões:

- benefícios afetivos: regulação das emoções, redução da reatividade e aumento da flexibilidade cognitiva e de resposta.
- benefícios interpessoais: satisfação em relacionamentos interpessoais e formas mais construtivas de responder ao estresse nos relacionamentos.
- outros benefícios interpessoais: aumento do bem-estar, redução do estresse psicológico e demais benefícios resultantes da neuroplasticidade.

Um levantamento inédito multicultural realizado em larga escala sobre efeitos indesejados das práticas de meditação e mindfulness (Cebolla et al., 2017) indicou que a minoria dos participantes (25.4%) reportou desconfortos. Tais reações eram mais comuns (a) nas práticas individuais (41.3%) do que em práticas de grupo ou retiros, (b) quando a atividade envolvia atenção focada do objeto atencional (17.2%), e (c) quando a prática ultrapassava 20 minutos de duração (20.6%). As reações mais relatadas foram sintomas de ansiedade (incluindo ataques de pânico; 13.8%), despersonalização ou desrealização (9.2%) e dores (estômago, cabeça, musculares, náusea; 5.7%). Contudo, não há consenso se (a) a maioria dos efeitos decorre da prática (reações adversas, má prática, contraindicações etc.), (b) se são parte da prática em si, ou (c) se a prática apenas possibilita a emergência ou percepção de outros problemas físicos e mentais (eventos adversos) que já eram experienciados pelo praticante em sua vida.

Em resumo, os protocolos de intervenção com base em mindfulness podem ser utilizados amplamente na promoção da saúde e do bem-estar. Adicionalmente, possuem eficácia para a prevenção de recaída em alguns transtornos mentais e podem ser utilizados como complemento ao tratamento psicoterapêutico e farmacológico. Portanto, não devem ser

considerados como substitutos de outros tratamentos terapêuticos (Demarzo & García-Campayo, 2015).

2.3.3 A Prática de Mindfulness pelo Psicoterapeuta

A respeito da prática de mindfulness pelo psicoterapeuta no contexto profissional, abordaremos três dimensões: (a) a formação profissional para a utilização de mindfulness pelo psicoterapeuta; (b) os benefícios de mindfulness para o profissional de saúde e, em especial, para o psicoterapeuta; e (c) os benefícios da habilidade mindfulness do profissional para os clientes.

A formação profissional em mindfulness e sua aplicação enquanto prática profissional não é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no Brasil, e nem pela *American Psychological Association* (APA) ou por nenhum outro órgão profissional no mundo. Também não existe um padrão de diretrizes sobre a qualificação profissional de facilitadores de mindfulness. O que se encontra são orientações, ou *guidelines*, sobre capacitação e competências profissionais que pessoas que desejam ensinar mindfulness devem ter, como o *Mindfulness-Based Interventions Teaching Assessment Criteria* (MBI-TAC) (Crane et al., 2012) e o *Good Practice Guidelines for Trainers of Mindfulness-Based Teachers*, desenvolvido por *The British Association of Mindfulness-Based Approaches* (BAMBA) (2019). Recomendações como essas são o resultado de um conjunto de produções técnico-prático-científicas de pesquisadores, instrutores e universidades que visam garantir que a essência dos MBP seja preservada e que seus princípios estejam sendo ensinados de forma íntegra.

Dada a natureza epistemológica experiencial de mindfulness, a prática pessoal é a fundamentação do ensino ou da aplicação de mindfulness no cenário terapêutico ou em

qualquer outro contexto. O psicoterapeuta, ou qualquer tipo de instrutor de mindfulness, deve ter vivido e concluído o programa que pretende ministrar e, mais do que isso, deve manter uma prática regular posterior. A responsabilidade adicional de se orientar ou conduzir o ensino de mindfulness inclui participar de programas credenciados de formação profissionais, participar regularmente de retiros intensivos e realizar supervisão com instrutores mais experientes (Alper, 2016; Crane et al., 2017; Kabat-Zinn, 2011; Pollak, 2016; Segal et al., 2013).

Existem universidades e centros de referência internacionais na formação profissional de *mindfulness teachers*, instrutores, professores ou facilitadores de programas baseados em mindfulness:

Tabela 1

Organizações Internacionais de Referência Para a Formação de Facilitadores de Programas Baseados em Mindfulness

Organização	Programa	Site
Center for Mindfulness in Medicine, Health care and Society – University of Massachusetts Medical School	Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)	www.umassmed.edu/cfm
Oxford Mindfulness Centre	Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)	http://oxfordmindfulness.org/
Breathworks	Mindfulness-based Pain Management (MBPM)	www.breathworks-mindfulness.org.uk
Mindfulness Based Relapse Prevention	Mindfulness-based Relapse Prevention (MBRP)	http://www.mindfulrp.com
The Center for Mindful Eating	Mindfulness-based Eating Awareness Training (MB-EAT)	https://www.thecenterformindfuleating.org/

No Brasil, os principais locais de formação profissional são:

Tabela 2

Organizações de Referência no Brasil Para a Formação de Facilitadores de Programas Baseados em Mindfulness

Organização	Protocolo	Site
Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde	Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Mindfulness-based Health Promotion (MBHP) Mindful Eating para Promoção da Saúde	https://www.mindfulnessbrasil.com/
Centro Brasileiro de Formação e Pesquisa em Mindfulness MBRP	Mindfulness-based Relapse Prevention (MBRP)	https://mbrpbrasil.com.br/
Respira Vida Breathworks	Mindfulness-based Pain Management (MBPM)	https://respiravidabreathworks.com.br/

Quanto aos efeitos da prática de mindfulness por profissionais da saúde, incluindo psicoterapeutas, estudantes de psicologia e profissionais de saúde mental que participaram de programas baseados em mindfulness, revisões sistemáticas de literatura indicam benefícios relativos ao bem-estar. Tais benefícios foram avaliados através de escalas e instrumentos de autorrelato para estresse, ansiedade, depressão, resiliência, habilidade mindfulness, empatia, autocompaixão, relaxamento e sintomas de *burnout*, satisfação com a vida ou qualidade de vida (Burton et al., 2017; Gilmartin et al., 2017).

Quanto aos benefícios da habilidade ou da prática de mindfulness do psicoterapeuta para o processo terapêutico ou cliente, existem poucos estudos. O experimento de Ryan, Safran, Doran, e Muran (2012) estudou 26 díades de psicoterapeutas-pacientes para avaliar se níveis mais elevados de traço mindfulness em psicoterapeutas seriam preditores de uma aliança terapêutica mais forte e melhores resultados do processo nos pacientes. Dos 26

psicoterapeutas, doze aplicaram Terapia Breve Relacional e 14 aplicaram Terapia Cognitivo-Comportamental. O traço mindfulness dos terapeutas foi avaliado através do *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS), que definiu a linha de base para a pesquisa. Faz-se relevante citar que o KIMS considera mindfulness um construto multidimensional com quatro fatores separados em subescalas: (a) observar, que consiste na habilidade de notar e observar estímulos internos e externos; (b) descrever, que é a habilidade de classificar verbalmente as experiências sem julgá-las; (c) agir com consciência, que é a habilidade de realizar uma coisa por vez com consciência plena (em termos conceituais do que é mindfulness); e (d) aceitar sem julgar, que é a habilidade de aceitar a realidade sem tentar mudar ou qualificar como *boa* ou *ruim*. O estudo não informa se psicoterapeutas participaram de algum programa ou intervenção de mindfulness antes do estudo e esta variável não foi controlada. O processo psicoterapêutico foi avaliado através do *Working Alliance Inventory* (WAI), composto por três subescalas que avaliam acordo sobre tarefas, acordo sobre objetivos e qualidade da ligação terapêutica. Os resultados do processo psicoterapêutico nos pacientes foram avaliados pela Escala de Avaliação de Sintomas (SCL-90-R) e pelo *Inventory of Interpersonal Problems-32* (IIP-32) que é usado para descrever o funcionamento interpessoal do paciente. Todos os pacientes receberam 30 sessões de psicoterapia com frequência semanal e duração de 60 minutos. Todos os psicoterapeutas participaram de sessões de supervisão semanais com duração de 90 minutos cada. Nos resultados, o traço mindfulness do psicoterapeuta estava positivamente correlacionado com seus escores de aliança terapêutica ($r = .456, p < .05$) e aproximaram-se da significância com os escores de aliança terapêutica do paciente ($r = .219, p < .08$). Quanto aos resultados do tratamento, o escore total de mindfulness do terapeuta estava relacionado negativamente com o relato do paciente no IIP-32 ($r = .481, p < .05$), indicando uma relação positiva entre o traço de mindfulness do profissional e mudanças gerais no funcionamento interpessoal do paciente.

Correlações entre mindfulness do terapeuta e resultados no SCL-90-R não geraram resultados significativos.

O estudo de Grepmaier, Mitterlehner, Loew e Nickel (2007) demonstrou que o treinamento de psicoterapeutas em mindfulness através de meditação *Zen* também se refletiu no processo terapêutico de seus pacientes. Este estudo realizado na Alemanha contou com uma amostra de 18 psicoterapeutas em treinamento e 124 pacientes internados num hospital-escola. Nove psicólogos em treinamento foram designados para uma turma de treinamento que incluía meditação conduzida por um mestre *Zen* japonês (grupo experimental) e os outros nove integraram uma turma sem meditação (grupo controle). Os psicólogos não foram informados sobre a alteração no treinamento que incluía a meditação e eram cegos às hipóteses. Embora todos tenham recebido treinamento em meditação, o grupo experimental recebeu antes das sessões e o grupo controle recebeu após a conclusão do estudo. Os pacientes eram cegos sobre a exposição dos terapeutas à meditação. Todos os pacientes receberam tratamento de nove semanas dentro de um planejamento integrado psiquiátrico-psicológico. A avaliação dos benefícios da meditação no processo terapêutico ocorreu com a medição de três instrumentos: pacientes preencheram um instrumento alemão que registra os fatores de influência na sessão – o Questionário de Sessão para Psicoterapia Individual Geral e Diferencial (STEP), que contém três subescalas: (a) K – esclarecimento, (b) P – perspectiva de solução de problema, (c) B – perspectiva de relacionamento, e foi preenchido ao final de cada sessão; ao final das nove semanas preencheram o Questionário de Modificação da Experiência e do Comportamento (VEV), que avalia mudanças subjetivas percebidas na experiência e no comportamento; e preencheram a Escala de Avaliação de Sintomas (SCL-90-R) antes e depois das nove sessões. Nos resultados, houve efeito significativo ($p < .01$) no tratamento por tempo em duas subescalas do STEP – K (esclarecimento) e P (perspectiva de solução de problemas). Os grupos de pacientes cujos terapeutas receberam o treinamento com

e sem meditação não diferiram em relação à outra escala STEP (B - perspectiva de relacionamento), ambos tiveram desempenho semelhante. A comparação na redução da sintomatologia (resultante do SCL-90-R) mostrou resultados significativamente melhores nos pacientes do grupo cujos psicoterapeutas recebeu meditação. Segundo as conclusões dos autores, a promoção de mindfulness nos profissionais poderia afetar positivamente o curso e os resultados do tratamento em seus pacientes, reforçando a concepção de que a pessoa do psicoterapeuta, em si, é um instrumento que pode atuar a favor do processo e das técnicas de psicoterapia.

2.4 Conhecimento, Atitude e Uso de Mindfulness por Psicoterapeutas

Até o presente momento, foi identificado apenas um estudo realizado na Alemanha relativo a conhecimento e atitude sobre mindfulness como intervenção clínica, tendo como amostra uma quantidade relativamente pequena de sujeitos (91 no total) estudantes de psicologia e medicina (McKenzie et al., 2012). Tal estudo procurou esclarecer se haveria diferença, entre estudantes de psicologia e de medicina, na indicação de mindfulness como intervenção terapêutica através de um levantamento por questionário contendo 13 questões mistas. A recomendação de mindfulness também foi comparada entre grupos de estudantes de medicina com e sem exposição à prática de mindfulness em seu processo de formação profissional. Como resultado, constatou-se que estudantes de psicologia sem exposição ao mindfulness possuíam mais conhecimento e recomendariam ou aplicariam mindfulness a seus pacientes mais do que estudantes de medicina sem exposição ao mindfulness. Além disso, estudantes de medicina que participaram de um programa de promoção da saúde com base em mindfulness com duração de 6 semanas possuíam mais conhecimento e recomendariam ou ministrariam esta prática a seus pacientes mais do que os alunos de medicina sem

exposição ao mindfulness. O conhecimento foi considerado em termos conceituais, verificado através das questões abertas no questionário. Uma terceira conclusão foi a de que há uma relação positiva entre conhecimento sobre mindfulness e probabilidade em ministrar ou recomendar mindfulness para seus pacientes ($r_s = 0.66, p < .01, n = 171$). Desta forma, a falta de conhecimento sobre uma técnica pode acarretar em que ela esteja sendo subutilizada por profissionais da saúde. Não foi comparada a indicação de mindfulness entre estudantes de psicologia com e sem exposição à mindfulness.

Sobre prática profissional, foi localizado um levantamento também realizado na Alemanha com psicoterapeutas clínicos cujo objetivo foi investigar de que formas programas e técnicas de mindfulness seriam aplicados na prática clínica (Michalak et al., 2018). O estudo também averiguou se o sexo, a idade ou a orientação terapêutica estariam associados à integração das técnicas de mindfulness na prática clínica ou na prática pessoal de mindfulness pelo psicoterapeuta. De 400 profissionais, 64 responderam e foram consideradas 62 respostas. Destas, 51 (82%) relataram integrarem práticas de mindfulness em seu trabalho clínico. Dos profissionais que integravam mindfulness na prática clínica, apenas cinco (10%) relataram usarem intervenções de mindfulness em grupo, como o MBSR. Psicoterapeutas de abordagens variadas diferiram significativamente na taxa de integração de mindfulness: 17 de 17 (100%) utilizava abordagens psicodinâmicas; 33 de 39 (84.6%) utilizavam terapia cognitivo-comportamental; e 1 de 6 (16.6%) eram psicanalistas ($\chi^2 = 21.50, df = 2, N = 62, p < .001$). As três técnicas mais utilizadas foram *body scan* (39, 76%); práticas informais (35, 69%) e respiração (29, 57%). Vinte profissionais (39.2%) aplicavam mindfulness em 11 a 30% de seus pacientes e 41 (80%) usou mindfulness ocasionalmente (uma vez a cada três sessões ou mais). Não houve diferenças estatisticamente significativas nas taxas de integração de mindfulness entre terapeutas mulheres e homens ou entre diferentes grupos etários. Dos 62 terapeutas, 43 (69%) relataram possuir prática de mindfulness pessoal. Entre os terapeutas

que relatam prática pessoal, a prática mais realizada foi MBSR/MBCT (18, 42%). Como esperado no estudo, muitos (42 de 43, 97%) dos terapeutas que relataram possuir prática pessoal de mindfulness também a incluíram na terapia. Nove dos 19 (47%) terapeutas que não praticaram mindfulness também o incluíram na terapia. Considerando tais resultados, pode-se supor que a aplicação de técnicas isoladas na psicoterapia é uma forma adicional de integrar mindfulness no contexto da psicologia clínica. Os autores consideram que tais resultados preliminares indicam que as práticas mindfulness são uma parte significativa da realidade clínica contemporânea, talvez refletindo um interesse autêntico no tema pela comunidade terapêutica e pela sociedade como um todo – algo que pesquisadores da área poderiam não ter previsto quando os programas foram inicialmente propostos. No entanto, também existem perigos associados a esse interesse crescente no uso terapêutico de mindfulness, como a aplicação de formas diluídas de práticas de mindfulness na realidade clínica (por exemplo, quando terapeutas aplicam intervenções de mindfulness sem praticar pessoalmente mindfulness).

Na esfera da prática profissional, não existem orientações claras sobre recomendações de uso de mindfulness por psicoterapeutas, tanto internacionalmente quanto no Brasil. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) esclarece que não há uma lista de técnicas ou práticas reconhecidas pelos Conselhos de Psicologia. O art. 1º, alíneas “b” e “c” do Código de Ética Profissional do Psicólogo apenas menciona que é dever fundamental do profissional “assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente;” e “prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional” (*Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005: aprova o código de ética profissional do psicólogo*, 2005, p. 8). Segundo o CFP, o termo *reconhecidos*

refere-se ao “reconhecimento advindo da ciência, que é desenvolvido na academia e por meio de pesquisas” (<http://site.cfp.org.br/contato/psicoterapia/>, recuperado em 09 janeiro, 2020), mas não há detalhamento sobre o que é considerado evidência de *capacitação* e tampouco que critérios devem ser estabelecidos para o reconhecimento científico como, por exemplo, a divulgação de estudos clínicos nacionais ou se também são aceitos estudos realizados em outros países ou contextos socioculturais. De forma mais restrita, o Conselho Regional de Psicologia da 12ª Região (Santa Catarina) divulgou uma nota aplicável aos psicólogos habilitados nesta região sobre a utilização de PIC e outras práticas *no* contexto da psicologia (*Nota de orientação sobre a utilização de práticas integrativas e complementares (PICs) e outras práticas emergentes em Psicologia*, 2019). Nela, o CRP 12ª Região expõe que o Ministério da Saúde regulariza a PNPIC, mas quem regulamenta o exercício profissional com estas práticas são os Conselhos Profissionais das diferentes categorias que compõem as equipes do sistema de saúde. Também define como *práticas emergentes* aquelas que não possuem regulação ou regulamentação própria, bem como apresentam escassa produção científica em Psicologia, não especificando se no âmbito brasileiro ou internacional bem como se publicado em português ou outros idiomas, tampouco esclarecendo se as intervenções com mindfulness se enquadrariam na categoria de PIC ou de prática emergente. Ademais, postula que a utilização de tais práticas seja definida em conjunto com “a/o usuário/o dos serviços de Psicologia” individualmente ou, no contexto público, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Não é conhecida a quantidade de profissionais psicólogos clínicos brasileiros que conhecem ou aplicam mindfulness, sob qualquer modelo psicoterapêutico, em sua atuação clínica. Como justificativa para o presente trabalho, ao se identificar o índice de psicólogos clínicos brasileiros que possuem conhecimentos sobre mindfulness, como recomendam e/ou aplicam, seja na prática clínica privada ou no atendimento em saúde pública, seria possível

fomentar o debate sobre a inclusão deste tópico no currículo formação e no rol das técnicas complementares disponíveis para a Psicologia no Brasil, além de orientar mais especificamente sobre os requisitos e recomendações para a sua aplicação no contexto clínico individual e, possivelmente, contribuir para a sua regulamentação

2.5 Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho é investigar conhecimentos, atitudes e práticas profissionais de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness. São objetivos específicos deste trabalho:

1. Verificar a prevalência na amostra de psicólogos clínicos conforme os diferentes níveis de conhecimento declarado sobre mindfulness.
2. Verificar a prevalência na amostra de psicólogos clínicos que recomendam e aplicam mindfulness.
3. Descrever o perfil profissional dos psicólogos clínicos que recomendam e aplicam mindfulness.
4. Caracterizar as formas de aplicação de mindfulness por psicólogos clínicos.
5. Verificar a prevalência na amostra de psicólogos clínicos que utilizam mindfulness como prática pessoal.
6. Descrever o perfil profissional dos psicólogos clínicos que utilizam mindfulness como prática pessoal.
7. Caracterizar a prática pessoal de mindfulness por parte dos psicólogos clínicos.
8. Caracterizar o conhecimento conceitual sobre mindfulness relatado pelos psicólogos clínicos.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento da Pesquisa

O delineamento da pesquisa caracteriza-se como misto (qualitativa e quantitativa) quanto à abordagem, de caráter exploratório-descritivo quanto aos objetivos, transversal no tempo e do tipo levantamento quanto aos procedimentos.

A abordagem qualitativa ocupa-se do aprofundamento sobre o tema, explorando e descrevendo novas informações. Por sua vez, o delineamento quantitativo é marcado pela objetividade, utilizando procedimentos estruturados e instrumentos padronizados para uma coleta de dados controlada, com ênfase estatística na análise de dados, oferecendo um alcance imediato do estudo no tempo. Com ambas abordagens, espera-se explorar e descrever o tema, almejando que sua verificação tenha representatividade e possa ser generalizável (Gerhardt & Silveira, 2009).

A pesquisa exploratória visa esclarecer conceitos e fatos de forma a possibilitar a formulação de hipóteses para posterior elucidação, embora a rigidez no planejamento e o uso de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados sejam pouco usuais em pesquisas deste caráter (Gil, 2008). Complementarmente, a pesquisa descritiva visa descrever um determinado fenômeno, estabelecendo relações entre variáveis, comumente utilizada para a identificação de opiniões e atitudes de uma população e sendo melhor caracterizada pela padronização dos procedimentos de coleta e análise de dados. Juntamente com a pesquisa exploratória, são realizadas por pesquisadores interessados nas implicações para a atuação prática (Gil, 2002).

O delineamento transversal caracteriza-se pela coleta dos dados uma única vez com participantes em diferentes condições que sejam significativas para ocasionar mudanças (Breakwell & Rose, 2010).

A pesquisa de levantamento, ou *survey*, possui especial aplicação para o estudo descritivo, identificando características e opiniões ao se indagar diretamente o público cujos comportamentos se deseja conhecer. As principais vantagens são o conhecimento direto da realidade, a rapidez e a economia na aplicação quando realizado utilizando-se de questionários, e a quantificação dos dados para análise estatística (Gil, 2008). Utilizando-se de técnicas estatísticas de amostragem, é desejado que a amostra estudada seja representativa de modo que os resultados possam ser generalizados para uma população mais ampla (Kerlinger & Rotundo, 2003; Sturgis, 2010).

3.2 Caracterização do Campo de Pesquisa

A pesquisa foi aplicada em todo o território nacional brasileiro, utilizando-se da rede de alcance mundial, *world wide web* (www), para distribuição e armazenamento primário do instrumento de coleta, a saber, o questionário de conhecimento, atitude e prática sobre *mindfulness* para psicólogos clínicos brasileiros. A distribuição do questionário ocorreu via correio eletrônico (*e-mail*) e o registro e armazenamento do questionário foi pelo aplicativo *online* para pesquisa *Survey Monkey*, que oferece a criação de questionários digitais armazenados virtualmente.

3.3 Participantes

Na etapa do pré-piloto e piloto, participaram 14 profissionais da área de saúde, constituindo uma amostra não-probabilística e intencional. Destes, sete possuíam experiência como participantes ou instrutores de programas baseados em mindfulness e sete não tinham conhecimento, nunca participaram ou não ministravam programas baseados em mindfulness. Nove possuíam formação em psicologia, três em medicina, um em fisioterapia e um em enfermagem. Do total, 13 eram do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variaram de 23 a 52 anos.

Foram selecionados profissionais de diversas especialidades de saúde, com ou sem conhecimento, experiência de prática ou aplicação de mindfulness para minimizar vieses de elaboração e interpretação do questionário. Também se procurou corrigir o uso de termos específicos da temática com a finalidade de torná-lo acessível e de fácil entendimento para psicoterapeutas em diversas regiões do país.

Os participantes da pesquisa foram mulheres e homens com ensino superior completo em Psicologia, com idade acima de 25 anos e com registro profissional ativo no Sistema Conselhos de Psicologia. O Sistema Conselhos de Psicologia é formado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os 23 Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), cuja criação foi dada pela Lei nº 5,766 (1971), e regulamentada pelo Decreto nº 79,822 (1977). A função dos Conselhos de Psicologia, dentre outras, é orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão e zelar pela observância do código de ética profissional.

A plataforma *online* OrientaPsi, disponível em <http://orientapsi.cfp.org.br/>, foi lançada em 2015 com a finalidade de ser uma rede social e um canal de escuta para os psicólogos, oferecer informações e orientações sobre documentos técnicos e cursos de capacitação profissional. Para realizar o cadastro na plataforma, é necessário ser psicólogo registrado junto ao Sistema Conselhos de Psicologia ou estudante de Psicologia (mediante comprovação de vínculo com uma instituição de ensino e indicando o coordenador do curso

como responsável). Na plataforma, estavam disponibilizadas abertamente para as pessoas cadastradas informações de nome, endereço eletrônico, número de registro e região de todos os membros. Em março de 2018, na plataforma constavam 225,924 psicólogos e estudantes cadastrados em todo país. Através do filtro de atuação “Psicologia Clínica”, retornaram 7,842 profissionais que identificaram em seu cadastro a atuação em Psicologia Clínica. Cabe considerar que não há uma regulamentação sobre a utilização do termo “Psicologia Clínica”. Ou seja, psicologia clínica é uma área de atuação do psicólogo brasileiro, e também uma especialização (*Resolução CFP nº 013/07, de 14 de setembro de 2007: Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro, 2007*). Logo, há diferença entre a especialização “Psicologia Clínica” e a atuação “Psicologia Clínica”, sendo que esta pode ser realizada por qualquer profissional formado em Psicologia e com registro ativo no Sistema Conselhos de Psicologia. No dia 12 de março de 2018, os dados destes profissionais foram coletados *online*. Após análise dos dados, foram excluídos 1,740 registros inativos, em duplicidade ou sem regional informada, resultando em 6,100 registros que configuram a população deste estudo.

O e-mail para envio da pesquisa aos participantes foi obtido por meio de uma plataforma online de relacionamento para psicólogos. Através do filtro de atuação *Psicologia Clínica*, retornaram 6,100 registros que configuraram a população deste estudo. Utilizando parâmetros estatísticos recomendados por Gil (2008) e os utilizados em outros estudos de atitude (Lim et al., 2016; Löwe et al., 2006), adotou-se um nível de confiança de 95% e significância estatística $p < .05$. O cálculo amostral utilizado foi o de populações finitas (até 100.000 elementos), de acordo com Gill (2008):

$$n = \frac{\hat{\sigma}^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \hat{\sigma}^2 p \cdot q}$$

sendo

n – tamanho da amostra

e^2 – erro máximo permitido

N – tamanho da população

$\hat{\sigma}^2$ - nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão

p – percentagem com a qual o fenômeno se verifica

q – percentagem complementar

Desta forma, a amostra mínima pretendida foi de 361 profissionais de todas as Regionais do Conselho de Psicologia no país. Os critérios de inclusão foram declarar possuir graduação completa em Psicologia e estar atuando em Psicologia Clínica. Os critérios de exclusão foram idade abaixo de 18 anos, não possuir registro ativo num dos 23 CRP. A amostra não-probabilística por cota foi distribuída proporcionalmente utilizando como critério a região de registro, com o objetivo de refletir alguma representatividade das propriedades dos subgrupos (Gil, 2008).

3.4 Instrumento

O Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre Mindfulness (Apêndice C) foi estruturado com 41 perguntas, sendo seis abertas e 35 fechadas. As perguntas fechadas são quantitativas discretas (quatro questões),

categóricas nominais (24 questões) e ordinais (sete questões), sendo duas destas questões em formato de escala de cinco pontos (Fife-Schaw, 2010). O questionário abordou mindfulness de forma ampla, não especificando quanto ao formato de técnica isolada ou programa baseado em mindfulness para não induzir ou restringir a resposta. Tal diferenciação foi feita por meio de perguntas específicas.

Pesquisas de conhecimento, atitude e aplicação de mindfulness, técnicas, procedimentos e práticas complementares em saúde, realizadas com estudantes e profissionais da área, também serviram de referência para a construção do instrumento (Addis & Krasnow, 2000; AlGhamdi, Khurram, & Asiri, 2017; Aveni et al., 2016; Julião et al., 2013; Lewith, Hyland, & Shaw, 2002; McKenzie et al., 2012; Samuels et al., 2010; Shorofi & Arbon, 2017; Sullivan et al., 2017).

O instrumento foi composto por quatro partes:

- Perfil sociodemográfico.
- Perfil profissional.
- Conhecimento do profissional sobre mindfulness.
- Atitudes, recomendação ou administração de mindfulness.
- Prática de mindfulness pelo profissional.

Na etapa de pré-piloto, o instrumento preliminar foi entregue impresso em papel. Na segunda etapa de piloto online, o instrumento foi enviado em formato digital online pelo aplicativo Survey Monkey, que possibilitou a criação lógicas de ramificação, realizou o envio direto aos participantes e monitorou a taxa e o tempo de preenchimento. Cinco questões possuíam lógica de ramificação; ou seja, dependendo resposta selecionada (exemplo: “sim” ou “não”) o aplicativo direcionava para uma pergunta específica. O aplicativo Survey Monkey estimou preliminarmente uma taxa de conclusão de 72% e tempo de preenchimento

de 12 minutos. As etapas de construção do instrumento serão detalhadas na seção 2.6 Procedimentos de Coleta de Dados.

3.5 Procedimentos Éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa *Conhecimento, atitude e prática profissional de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness* e teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 03414718.5.0000.0121, parecer número 3.121.121 (Apêndice A), sendo realizada em acordo com todas as normas expostas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ao início do questionário, foi apresentado o Termo de Compromisso (TC, Apêndice B), sendo que o aceite era requisito para continuar o preenchimento do instrumento.

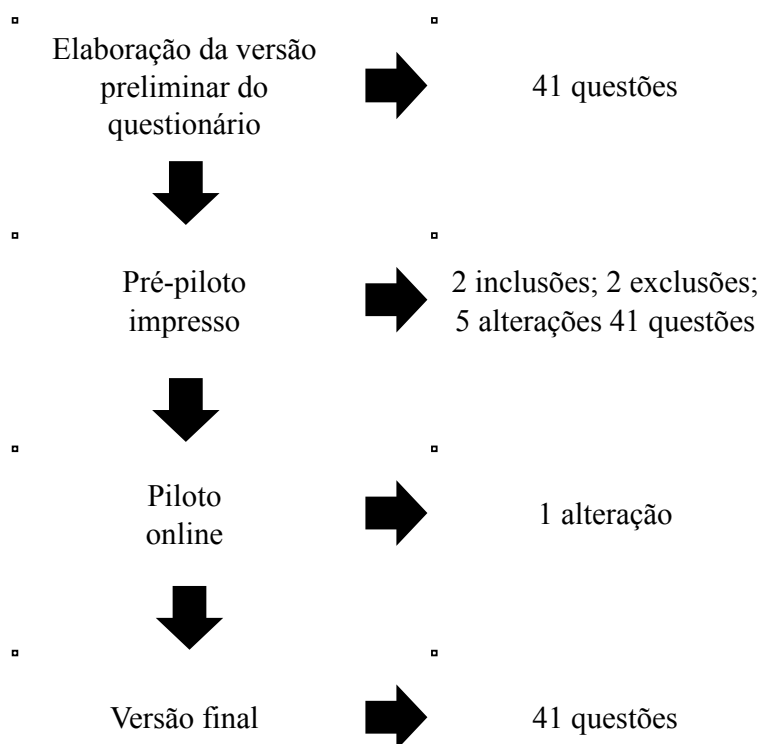
3.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Após elaboração do questionário preliminar com 41 questões, foi realizada a etapa de pré-piloto do instrumento com quatro profissionais das áreas da psicologia e enfermagem escolhidos por critérios de conveniência e intencionais, sendo dois com experiência prévia e dois sem experiência prévia com programas baseados em mindfulness. Nesta etapa, verificou-se o entendimento do questionário em termos linguísticos, gramaticais, ordem de resposta e o tempo necessário para preenchimento. Foram excluídas duas questões, alterados a escrita dos enunciados ou opções de resposta de cinco questões e duas questões foram incluídas (Figura 1).

Após efetuar os ajustes identificados, foi realizada a etapa de piloto utilizando o formulário online para envio do questionário com o objetivo de verificar a interface com o participante, lógica de ramificação e formato dos dados extraídos para análise. Participaram 10 profissionais com formação na área da saúde (medicina, fisioterapia e psicologia), com e sem atuação na área clínica, com e sem conhecimento e/ou experiência prévia pessoal ou clínica com mindfulness, sendo cinco com experiência prévia e cinco sem experiência prévia com programas baseados em mindfulness. Os psicólogos que participaram do piloto foram excluídos da amostra para a coleta dos dados e seus e-mails foram suprimidos da lista de envio. Nesta etapa, foi alterada a ordem de uma questão. Após realização dos ajustes, a versão final foi formulada (Apêndice C) contendo 41 perguntas.

Figura 1

Etapas do Piloto do Questionário



A versão final do questionário foi cadastrada em formato digital online no aplicativo Survey Monkey, que permitiu cadastrar e realizar o preenchimento das questões de forma satisfatória para o levantamento das informações, garantindo o anonimato dos respondentes, redução do tempo de distribuição e resposta por parte do público-alvo e facilidade para extração de dados para análise. Treze questões possuíam lógica de ramificação; ou seja, dependendo resposta selecionada (exemplo: “sim” ou “não”) o aplicativo direcionada para uma pergunta específica.

Após o cadastramento do instrumento na ferramenta digital online, uma carta-convite foi enviada por e-mail para o endereço eletrônico dos participantes convidados contendo o link de acesso online ao questionário. O questionário ficou disponível por 50 dias a partir de 01 de abril de 2019. A cada quinze dias foi enviado um e-mail de lembrete com o mesmo teor de conteúdo do primeiro.

Os participantes acessaram o questionário clicando no link contido na carta-convite, que os direcionou para a plataforma Survey Monkey. A primeira parte do instrumento contém o Termo de Concordância (Apêndice 3), que deveria ser lido e aceito antes da continuação para o preenchimento do questionário. A seguir, foi apresentado o questionário, conforme descrito na seção 2.4 *Instrumentos*. Após a conclusão, a pesquisa foi encerrada e os dados foram armazenados no banco de dados da plataforma Survey Monkey para análise dos dados.

3.7 Procedimentos de Análise de Dados

Os resultados quantitativos foram analisados utilizando o *software* Stata versão 14.0. Variáveis categóricas foram analisadas por meio de estatísticas descritivas de frequência e proporções; variáveis discretas e contínuas foram analisadas por meio de frequência, média (*M*) e desvio-padrão (*DP*). A associação entre variáveis categóricas foi realizada utilizando o

teste exato de *Fisher*, com confirmação das diferenças por meio de intervalo de confiança (IC) para proporção de 95%. Todos os testes consideraram significância estatística de $p < .05$

Os dados qualitativos das questões abertas foram tratados por Classificação Hierárquica Descendente (CHD), também conhecido como método de Reinert, no software IRAMUTEQ versão 0.7 em conjunto com o software R versão 3.6.1. O software realiza uma análise estatística de vocábulos, que pode ser associada à análise de conteúdo propriamente dita, enriquecendo a leitura dos dados ao possibilitar a verificação da associação entre palavras, por exemplo (Nascimento & Menandro, 2006). Portanto, pode-se entender que o software gera “categorias intermediária” que dependem diretamente da responsabilidade do pesquisador ao interpretá-las para elaborar as “categorias finais” dialogadas à luz da teoria (M. Ramos et al., 2018).

Desta forma, o procedimento de análise por CHD compreendeu três etapas. A primeira consistiu em leituras consecutivas do texto, familiarizando-se com os conteúdos e anotando impressões gerais sobre elementos recorrentes; em uma nova leitura, realizou-se uma revisão gramatical e ortográfica do material enquanto foram sendo identificadas categorias gerais; mais três leituras adicionais se sucederam, aprofundando a familiaridade com o conteúdo e preparando a construção do *corpus* textual conforme orientações e parâmetros para importação no software. A segunda etapa consistiu na importação do corpus e processamento estatístico dos dados, que resultaram em dendogramas de classes e comparações entre as classes e as variáveis categóricas através do teste de *chi-quadrado*. Os dendogramas configuram categorias intermediárias formadas por agrupamentos lexicais das respostas. Tais classes não possuem nomes ou temas explícitos; coube à pesquisadora analisar detalhadamente os segmentos de textos (ST) que compuseram as classes. Por fim, a última etapa consistiu na análise qualitativa dos ST de cada classe, interpretando-as, identificando os temas pertencentes a elas, e nomeando-as com base na teoria, resultando nas

categorias finais apresentadas na seção *Discussão* (Nascimento & Menandro, 2006; Salviati, 2017; Souza et al., 2018).

4. RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os dados coletados. Inicialmente, foram descritas as características da amostra participante através das seguintes variáveis: sexo, idade, região de registro, tempo de graduação, grau de formação acadêmica, tipo de atendimento prestado e abordagem psicoterapêutica. A região de registro foi apresentada comparando a estratificação da população com a proporção da amostra (profissionais por regional). Para viabilizar a análise dos dados, as regionais de registro profissional foram agrupadas conforme as regiões macroeconômicas brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e comparadas com as variáveis descritivas da amostra, apresentando os resultados relativos aos objetivos específicos de verificação da prevalência e caracterização do perfil profissional dos psicólogos. Depois, caracterizou-se o conhecimento, a recomendação, e as práticas pessoal e profissional de mindfulness por parte dos psicoterapeutas. Na seção *Discussão*, os mesmos dados serão apresentados de forma resumida, e outros dados complementares quantitativos, e os resultados qualitativos da caracterização do conhecimento conceitual sobre mindfulness, serão demonstrados e discutidos.

O aplicativo Survey Monkey indicou que, dos 6,100 convites enviados, 3,176 foram lidos ou abertos (52.1%), 718 cliques no link do formulário foram efetuados (11.8%), 601 (9.9%) participantes responderam e 417 (6.8%) respostas foram consideradas após os critérios de inclusão e exclusão. A taxa geral de conclusão foi de 76% e a duração média de preenchimento do instrumento foi de 8 minutos. Considerando-se apenas as respostas válidas (417), a taxa de conclusão foi de 95% com tempo médio de preenchimento de 11 minutos.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (79.1%), com idade entre 30 e 49 anos (65.23%), sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 70 anos ($M = 39.96$, $DP = 9.97$), formados há, pelo menos, 12 anos, e com grau de formação acadêmica em

especialização (62.35%), atuando na prática clínica particular/privada (71.70%). O tempo de atuação clínica variou de 1 ano a 48 anos ($M = 10.25$, $DP 8.31$) (Tabela 3).

Tabela 3

Perfil dos Participantes

Variável	N (%)
Sexo (Q.2)	
Feminino	330 (79.10)
Masculino	87 (20.90)
Idade (anos completos) (Q.3)	
25-29	60 (14.39)
30-39	169 (40.53)
40-49	103 (24.70)
50 ou mais	85 (20.38)
Região de Registro (CRP) (Q.7)	
Norte	24 (5.76)
Nordeste	56 (13.43)
Centro-Oeste	43 (10.31)
Sudeste	191 (45.80)
Sul	103 (24.70)
Ano de graduação (Q.5)	
1971 a 1989	32 (7.67)
1990 a 2005	92 (22.06)
2006 a 2018	293 (70.26)
Grau de formação acadêmica (Q.6)	
Graduação	65 (15.59)
Especialização	260 (62.35)
Mestrado	73 (17.51)
Doutorado	19 (4.56)
Tipo de Atendimento que presta (Q.10)	
Particular/Privado	299 (71.70)
Público	42 (10.07)
Ambos	76 (18.23)

O Sudeste concentrou a maioria (45.80%) dos participantes registrados no Sistema Conselhos de Psicologia, seguido pelo Sul (24.70%), Nordeste (13.43%), Centro-Oeste

(10.31%) e Norte (5.76%) (Tabela 3). A estratificação da amostra apresentou proporcionalidade semelhante à estratificação da população considerada para a pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4

Estratificação da População de Psicólogos Clínicos Comparada com a Amostra

Regional	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
CRP 1ª Região - DF	255	4.18	19	4.56
CRP 2ª Região - PE	132	2.16	8	1.92
CRP 3ª Região - BA	206	3.38	12	2.88
CRP 4ª Região - MG	374	6.13	29	6.95
CRP 5ª Região - RJ	325	5.33	19	4.56
CRP 6ª Região - SP	2064	33.84	133	31.89
CRP 7ª Região - RS	536	8.79	39	9.35
CRP 8ª Região - PR	408	6.69	29	6.95
CRP 9ª Região - GO	195	3.20	15	3.60
CRP 10ª Região - PA/AP	115	1.89	7	1.68
CRP 11ª Região - CE	191	3.13	14	3.36
CRP 12ª Região - SC	316	5.18	35	8.39
CRP 13ª Região - PB	87	1.43	5	1.20
CRP 14ª Região - MS	84	1.38	4	0.96
CRP 15ª Região - AL	86	1.41	3	0.72
CRP 16ª Região - ES	143	2.34	10	2.40
CRP 17ª Região - RN	107	1.75	8	1.92
CRP 18ª Região - MT	85	1.39	5	1.20
CRP 19ª Região - SE	45	0.74	3	0.72
CRP 20ª Região - AM/AC/RO/RR	204	3.34	17	4.08
CRP 21ª Região - PI	59	0.97	0	0.00
CRP 22ª Região - MA	56	0.92	3	0.72
CRP 23ª Região - TO	27	0.44	0	0.00
Total Geral	6,100	100	417	100

Na resposta ao instrumento, cada participante pôde selecionar mais de uma abordagem terapêutica adotada na prática clínica. Para viabilizar o tratamento e a análise dos

dados, as abordagens foram agrupadas em categorias mais amplas com base na fundamentação epistemológica e/ou método clínico e foram analisadas individualmente (Figura 2). As categorias das abordagens foram organizadas da seguinte forma: abordagens cognitivas (terapia cognitivo-comportamental [TCC], terapia cognitiva e terapia do esquema); abordagens comportamentais (análise do comportamento, comportamental e terapia analítica funcional [FAP]); abordagens informadas em mindfulness (terapia de aceitação e compromisso [ACT] e terapia comportamental dialética [DBT]); abordagem psicanalítica (psicanálise); abordagens analíticas (analítica, psicodinâmica, bioenergética, interpessoal, biossíntese e psicologia biodinâmica); abordagens existencialistas-humanistas (existencialista, humanista, gestalt-terapia, transpessoal, psicodrama, psicologia positiva, análise transacional, logoterapia e psicologia antropológica); abordagem sistêmica (sistêmica); outras abordagens (psicoterapia breve não especificada, EMDR e *brainspotting*, neuropsicologia, terapia focada na compaixão, esquizoanálise, comunicação não-violenta, hipnoterapia ericksoniana, *daseinsanalyse*, psicologia histórico-cultural, terapia afirmativa e outras não especificadas). Das abordagens especificadas, as mais predominantes foram as humanistas-existencialistas (40.53%), cognitivas (34.77%), psicanalítica (27.82%) e analíticas (22.30%); as menos frequentes foram as informadas em mindfulness (11.27%), sistêmica (14.87%) e comportamentais (15.59%).

Figura 2

Abordagem Teórica de Psicoterapia Utilizada Pelos Psicólogos (Q.11, N = 417)



Do total de 417 psicólogos clínicos participantes, 65.23% (N = 272) relatou possuir nenhum ou pouco conhecimento sobre mindfulness, 29.02% (N = 121) considerou possuir conhecimento razoável e 5.76% (N = 24) indicou ter muito ou total conhecimento sobre o tema. O grau de conhecimento sobre mindfulness apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sexo, sendo que o nível de conhecimento muito/total é maior entre participantes do sexo masculino (11.49%) do que entre participantes do sexo feminino (4.24%, teste exato de Fisher, $p < .05$, IC 95%). Também houve diferença significativa do grau de conhecimento em relação ao tipo de atendimento realizado pelos profissionais, estando a maior proporção de conhecimento “inexistente/pouco” entre participantes que atendem no contexto público (88.09%); profissionais que atendem no contexto particular/privado possuem a maior proporção de conhecimento “razoável” (32.78%) e “muito/total” (6.69%, $p = .005$). Não houve diferença significativa entre conhecimento e

grupos de idade, grupos de ano de graduação, grau de formação acadêmica ou região de registro profissional (Tabela 5)

Houve associação significativas entre o grau de conhecimento para as abordagens cognitivas, informadas em mindfulness e psicanalítica. A maioria dos terapeutas cognitivos declarou “inexistente/pouco” conhecimento sobre mindfulness (55.17%), 37.24% declarou conhecimento “razoável”, 7.59% conhecimento “muito/total” ($p < .01$). Considerando os intervalos de confiança, a maior proporção de respostas na categoria de conhecimento “muito/total” está entre profissionais que utilizam abordagens informadas em mindfulness, correspondendo à 14.89%, diferindo significativamente das categorias de conhecimento “inexistente/pouco” (46.81%) e “razoável” (38.30%, $p < .005$). Dos profissionais que utilizam psicanálise, a maioria declarou conhecimento “inexistente/pouco” (82.76%), seguido por “razoável” (14.66%) e “muito/total” (2.59%, $p < .001$). Não houve diferença significativa entre as categorias de conhecimentos sobre mindfulness e o uso das demais abordagens (Tabela 5).

Tabela 5*Perfil dos Psicólogos Conforme Nível Declarado de Conhecimento Sobre Mindfulness (N = 417)*

		Como você classifica seu conhecimento sobre mindfulness? (Q.13)						
Variável	Categoria	Inexistente / Pouco		Razoável		Muito / Total		<i>p</i>
		<i>N</i>	% (IC 95%)	<i>N</i>	% (IC 95%)	<i>N</i>	% (IC 95%)	
Sexo								.037
	Feminino	221	66.97 (61.69 – 71.85)	95	28.79 (24.14 – 33.93)	14	4.24 (2.52 – 7.05)	
	Masculino	51	58.62 (47.95 – 68.54)	26	29.89 (21.15 – 40.38)	10	11.49 (6.26 – 20.15)	
Idade								.780
	25 a 29 anos	43	71.67 (58.91 – 81.70)	13	21.67 (12.94 – 33.98)	4	6.67 (2.50 – 16.61)	
	30 a 39 anos	105	62.13 (54.55 – 69.16)	55	32.54 (25.87 – 40.01)	9	5.32 (2.78 – 9.95)	
	40 a 49 anos	68	66.02 (56.30 – 74.56)	30	29.13 (21.12 – 38.68)	5	4.85 (2.02 – 11.21)	
	50 anos ou mais	56	65.88 (55.12 – 75.22)	23	27.06 (18.63 – 37.55)	6	7.06 (3.18 – 14.93)	
Ano de graduação em Psicologia								.731
	1989 ou anterior	20	62.50 (44.56 – 77.56)	10	31.25 (17.51 – 49.33)	2	6.25 (1.53 – 22.28)	
	De 1990 a 2005	59	64.13 (53.78 – 73.31)	30	32.61 (23.77 – 42.89)	3	3.26 (1.05 – 9.71)	
	2006 ou posterior	193	65.87 (60.23 – 71.10)	81	27.64 (22.81 – 33.07)	19	6.49 (4.17 – 9.96)	
Grau de formação acadêmica								.198
	Graduação	48	73.85 (61.75 – 83.16)	16	24.62 (15.58 – 36.61)	1	1.54 (.29 – 10.38)	
	Especialização	168	64.62 (58.58 – 70.22)	75	28.85 (23.64 – 34.68)	17	6.54 (4.09 – 10.29)	

	Mestrado	44	60.27 (48.59 – 70.89)	26	35.62 (25.43 – 47.29)	3	4.11 (1.32 – 12.10)	
	Doutorado	12	63.16 (39.62 – 81.75)	4	21.05 (7.88 – 45.38)	3	15.79 (49.99 – 40.05)	
Região de registro								.498
	Norte	12	50.00 (30.58 - 69.42)	9	37.50 (20.465 – 58.32)	3	12.50 (3.97 – 33.04)	
	Nordeste	33	58.93 (45.57 – 71.10)	19	33.93 (22.68 – 47.34)	4	7.14 (2.68 – 17.76)	
	Centro-Oeste	27	62.79 (47.40 – 75.97)	13	30.23 (18.29 – 45.62)	3	6.98 (2.23 – 19.79)	
	Sudeste	133	69.63 (62.71 – 75.77)	50	26.18 (20.41 – 32.91)	8	4.19 (2.10 – 8.18)	
	Sul	67	65.05 (55.31 – 73.68)	30	29.13 (21.12 – 38.68)	6	5.83 (2.62 – 12.43)	
Tipo de atendimento que presta								.005
	Particular / Privado	18	6.05 (54.86 – 65.94)	98	32.78 (27.67 – 38.33)	20	6.69 (4.35 – 10.16)	
	Público	37	88.09 (74.15 – 95.02)	4	9.52 (3.57 – 23.05)	1	2.38 (.33 – 15.45)	
	Ambos	54	71.05 (59.81 – 80.19)	19	25.00 (16.48 – 36.02)	3	3.95 (1.27 – 11.65)	
Abordagens cognitivas	Sim	80	55.17 (46.96 – 63.11)	54	37.24 (29.72 – 45.47)	11	7.59 (4.24 – 13.22)	.007
Abordagens comportamentais	Sim	37	56.92 (44.58 – 68.46)	22	33.85 (23.34 – 46.24)	6	9.23 (4.17 – 19.20)	.204
Abordagens informadas de mindfulness	Sim	22	46.81 (32.99 – 61.14)	18	38.30 (25.48 – 52.98)	7	14.89 (7.20 – 28.32)	.003
Abordagem psicanalítica	Sim	96	82.76 (74.71 – 88.63)	17	14.66 (9.28 – 22.38)	3	2.59 (.83 – 7.77)	< .001
	Sim	59	63.44 (53.14 – 72.65)	26	27.96 (19.73 – 37.99)	8	8.60 (4.34 – 16.35)	.389

Abordagens analíticas									
Abordagens existencialistas	Sim	104	61.54 (53.95 – 68.61)	52	30.77 (24.24 – 38.17)	13	7.69 (4.50 – 12.83)		.246
humanistas									
Abordagem sistêmica	Sim	37	59.68 (46.98 – 71.20)	20	32.26 (21.75 – 44.93)	5	8.06 (3.36 – 18.10)		.459
Outras abordagens	Sim	14	51.85 (33.24 – 69.97)	11	40.74 (23.88 – 60.11)	2	7.41 (1.80 – 25.85)		.237

Dos 200 (47.96%) profissionais que recomendaram mindfulness aos seus clientes pelo menos uma vez, não houve diferença estatisticamente significativa de recomendação entre sexos, grupos de idade, regiões de registro, grupos de ano de graduação, grau de formação acadêmica ou tipo de atendimento prestado (Tabela 6). A recomendação de mindfulness apresentou diferença estatisticamente significativa em relação às categorias de abordagens cognitivas, psicanalítica e outras. Destas, a maioria (63.45%, $p < .001$) dos psicoterapeutas que utilizam abordagens cognitivas já recomendou mindfulness a seus clientes, enquanto a maioria dos que usam psicanálise não recomendou (75.86%, $p < .001$). Vinte profissionais de abordagens diversas (74.07%) recomendam mindfulness aos seus clientes ($p = .005$). As demais categorias de abordagens não apresentaram diferença estatística significativa para a recomendação de mindfulness.

Tabela 6

Perfil dos Psicólogos Conforme Recomendação de Mindfulness (N = 417)

Variável	Categoria	N	Você já recomendou aos seus pacientes que procurassem mindfulness pelo menos uma vez? (Q.23)		p
			Sim % (IC 95%)	Não % (IC 95%)	
Sexo					.400
	Feminino	162	49.09 (43.70 – 54.50)	168	50.91 (45.50 – 56.30)
	Masculino	38	43.68 (33.59 – 54.32)	49	56.32 (45.68 – 66.41)
Idade					.294
	25 a 29 anos	29	48.33 (35.92 – 60.95)	31	51.67 (39.05 – 64.08)
	30 a 39 anos	90	53.25 (45.67 – 60.69)	79	46.75 (39.31 – 54.33)
	40 a 49 anos	45	43.69 (34.39 – 53.46)	58	56.31 (46.54 – 65.61)
	50 anos ou mais	36	42.35 (32.25 – 53.14)	49	57.65 (46.87 – 67.75)
Ano de graduação em Psicologia					.933
	1989 ou anterior	16	50.00 (33.04 – 66.95)	16	50.00 (33.05 – 66.95)

	De 1990 a 2005	45	48.91 (38.80 – 59.16)	47	51.09 (40.88 – 61.20)	
	2006 ou posterior	200	47.96 (41.75 – 53.19)	217	52.04 (46.81 – 58.25)	
Grau de formação acadêmica						.086
	Graduação	24	36.92 (26.03 – 49.34)	41	63.08 (50.66 – 73.97)	
	Especialização	126	48.46 (42.41 – 54.56)	134	51.54 (45.44 – 57.59)	
	Mestrado	37	50.68 (39.27 – 62.03)	36	49.32 (37.97 – 60.73)	
	Doutorado	13	68.42 (44.43 – 85.45)	6	31.58 (14.56 – 55.57)	
Região de registro						.957
	Norte	13	54.17 (34.17 – 72.90)	11	45.83 (27.10 – 65.82)	
	Nordeste	26	46.43 (33.75 – 59.59)	30	53.57 (40.41 – 66.25)	
	Centro-Oeste	22	51.16 (36.35 – 65.78)	21	48.84 (34.22 – 63.65)	
	Sudeste	90	47.12 (40.11 – 54.25)	101	52.88 (45.75 – 59.89)	
	Sul	49	47.57 (38.06 – 57.26)	54	52.43 (42.74 – 61.94)	
Tipo de atendimento que presta						.121
	Particular / Privado	150	50.17 (44.50 – 55.83)	149	49.83 (44.17 – 55.50)	
	Público	14	33.33 (20.68 – 48.95)	28	66.67 (51.05 – 79.32)	
	Ambos	36	47.37 (36.36 – 58.64)	40	52.63 (41.36 – 63.64)	
Abordagens cognitivas	Sim	92	63.45 (55.26 – 70.92)	53	36.55 (29.08 – 44.74)	< .001
Abordagens comportamentais	Sim	36	55.38 (43.09 – 67.05)	29	44.62 (32.95 – 56.91)	.224
Abordagens informadas de mindfulness	Sim	28	59.57 (44.95 – 72.68)	19	40.43 (27.32 – 55.05)	.120
Abordagem psicanalítica	Sim	28	24.14 (17.17 – 32.81)	88	75.86 (67.20 – 82.83)	< .001
Abordagens analíticas	Sim	40	43.01 (33.28 – 53.31)	53	56.99 (46.69 – 66.72)	.291
Abordagens existencialistas humanistas	Sim	87	51.48 (43.92 – 58.97)	82	48.52 (41.03 – 56.08)	.272
Abordagem sistêmica	Sim	32	51.61 (39.20 – 63.83)	30	48.39 (36.17 – 60.80)	.583
Outras abordagens	Sim	20	74.07 (54.24 – 87.32)	7	25.93 (12.68 – 45.76)	.005

Da amostra total, 130 (31.18%) psicoterapeutas reportaram ter ministrado mindfulness, pelo menos, uma vez a seus clientes (Tabela 7). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na aplicação de mindfulness entre as categorias de sexo, grupos de idade, regiões de registro profissional, grupos de ano de graduação, grau de formação acadêmica ou tipo de atendimento prestado. A proporção de psicólogos de abordagens cognitivas que nunca aplicou mindfulness é ligeiramente maior (54.48%) do que os já aplicaram (45.52%, $p < .001$). O inverso é verificado entre psicólogos das abordagens informadas em mindfulness, sendo que a ligeira maioria (51.06%, $p < .005$) já aplicou, assim como a maioria dos psicólogos de outras abordagens também já usou mindfulness com seus clientes (59.26%, $p < .005$). Dentre os psicólogos da abordagem psicanálise, a maioria (75.86%, $p < .001$) nunca aplicou mindfulness a seus clientes. Não houve diferença estatisticamente significativa da recomendação de mindfulness para o uso das demais orientações terapêuticas.

Tabela 7

Perfil dos Psicólogos Conforme Aplicação de Mindfulness (N = 417)

Variável	Categoria	Você já aplicou/ministrou mindfulness aos seus pacientes pelo menos uma vez? (Q.25)				<i>p</i>
		<i>N</i>	Sim % (IC 95%)	<i>N</i>	Não % (IC 95%)	
Sexo						.696
	Feminino	101	30.61 (25.85 – 35.81)	229	69.39 (64.19 – 741.50)	
	Masculino	29	33.33 (24.18 – 43.94)	58	66.67 (56.06 – 75.82)	
Idade						.176
	25 a 29 anos	15	25.00 (15.58 – 37.58)	45	75.00 (62.42 – 84.41)	
	30 a 39 anos	63	37.28 (30.28 – 44.85)	106	62.72 (55.15 – 69.72)	
	40 a 49 anos	28	27.18 (19.42 – 36.64)	75	72.82 (63.36 – 80.58)	
	50 anos ou mais	24	28.24 (19.64 – 38.79)	61	71.76 (61.22 – 80.37)	
						.439

Ano de graduação em Psicologia	1989 ou anterior	8	25.00 (12.85 – 42.97)	24	75.00 (57.04 – 87.15)	
	De 1990 a 2005	25	27.17 (19.02 – 37.22)	67	72.83 (62.78 – 80.99)	
	2006 ou posterior	97	33.11 (27.94 – 38.72)	196	66.89 (61.28 – 72.07)	
Grau de formação acadêmica						.158
	Graduação	13	20.00 (11.91 – 31.60)	52	80.00 (68.40 – 88.09)	
	Especialização	89	34.23 (28.69 – 40.24)	171	65.77 (59.76 – 71.31)	
	Mestrado	23	31.51 (21.84 – 43.10)	50	68.49 (56.90 – 78.16)	
	Doutorado	5	26.32 (11.09 – 50.56)	14	73.68 (49.44 – 88.92)	
Região de registro						.282
	Norte	10	41.67 (23.72 – 62.13)	14	58.33 (37.87 – 76.28)	
	Nordeste	15	26.79 (16.74 – 39.96)	41	73.21 (60.04 – 83.26)	
	Centro-Oeste	16	37.21 (24.04 – 52.60)	27	62.79 (47.40 – 75.97)	
	Sudeste	52	27.23 (21.36 – 34.01)	139	72.77 (65.99 – 78.64)	
	Sul	37	35.92 (27.20 – 45.68)	66	64.08 (54.32 – 72.80)	
Tipo de atendimento que presta						.067
	Particular / Privado	101	33.78 (28.62 – 39.36)	198	66.22 (60.64 – 71.38)	
	Público	7	16.67 (8.08 – 31.31)	35	83.33 (68.69 – 91.93)	
	Ambos	22	28.95 (19.81 – 40.19)	54	71.05 (59.81 – 80.19)	
Abordagens cognitivas	Sim	66	45.52 (37.55 – 53.72)	79	54.48 (46.28 – 62.45)	< .001
Abordagens comportamentais	Sim	27	41.54 (30.15 – 53.91)	38	58.46 (46.09 – 69.85)	.058
Abordagens informadas de mindfulness	Sim	24	51.06 (36.88 – 65.08)	23	48.94 (34.93 – 63.12)	.003
Abordagem psicanalítica	Sim	15	12.93 (7.92 – 20.41)	101	87.07 (79.59 – 92.08)	< .001
Abordagens analíticas	Sim	28	30.11 (21.60 – 40.24)	65	69.89 (59.76 – 78.40)	.899
Abordagens existencialistas humanistas	Sim	56	33.14 (26.42 – 40.62)	113	66.86 (59.38 – 73.58)	.519
Abordagem sistêmica	Sim	20	32.26 (21.75 – 44.93)	42	67.74 (55.07 – 78.25)	.882
Outras abordagens	Sim	16	59.26 (39.89 – 76.12)	11	40.74 (23.88 – 60.11)	.002

Quanto à prática pessoal de mindfulness, 102 (25.37%) psicoterapeutas de um total de 402 reportaram possuir uma prática pessoal de mindfulness; 15 profissionais não responderam a esta pergunta (Tabela 8). A prática pessoal de mindfulness apresentou diferença estatisticamente significativa entre o tipo de atendimento clínico, abordagens comportamentais, informadas em mindfulness, psicanalítica e outras. Embora a maioria dos profissionais não possua prática profissional de mindfulness, dentre os que praticam, a proporção dos psicólogos que realizam atendimento particular/privado e praticam mindfulness é maior (29.51%) do que a dos profissionais que realizam atendimento público (12.50%) ou ambos (16.22%, $p < 0.01$). A maioria dos profissionais que utilizam as abordagens comportamentais (64.06%, $p < .05$), informadas em mindfulness (55.56%, $p < .005$), psicanalítica (89.09%, $p < .001$) e outras (51.85%, $p = .01$) não praticam mindfulness. Não houve diferença estatisticamente significativa da prática de mindfulness entre o uso das demais orientações terapêuticas.

Tabela 8

Perfil dos Psicólogos Conforme Prática Pessoal de Mindfulness (N = 402)

Variável	Categoria	Atualmente, você pratica mindfulness? (Q.37)				<i>p</i>
		<i>N</i>	Sim % (IC 95%)	<i>N</i>	Não % (IC 95%)	
Sexo	Feminino	76	23.68 (19.33 – 28.66)	245	76.32 (71.34 – 80.68)	.152
	Masculino	26	32.10 (22.79 – 43.08)	55	67.90 (56.92 – 77.21)	
Idade	25 a 29 anos	10	18.18 (10.00 – 30.78)	45	81.82 (69.22 – 90.00)	.624
	30 a 39 anos	42	26.09 (19.86 - .33.46)	119	73.91 (66.54 – 80.15)	
	40 a 49 anos	27	26.47 (18.77 – 35.93)	75	73.53 (64.07 – 81.23)	

	50 anos ou mais	23	27.38 (18.86 – 37.95)	61	72.62 (62.05 – 81.14)	
Ano de graduação em Psicologia						.876
	1989 ou anterior	9	29.03 (15.65 – 47.43)	22	70.97 (52.58 – 84.35)	
	De 1990 a 2005	22	24.44 (16.61 – 34.44)	68	75.56 (65.56 – 83.39)	
	2006 ou posterior	71	25.27 (20.51 – 30.70)	210	74.73 (69.30 – 79.49)	
Grau de formação acadêmica						.764
	Graduação	13	20.63 (12.30 – 32.52)	50	79.37 (67.48 – 87.70)	
	Especialização	67	26.59 (21.48 – 32.41)	185	73.41 (67.59 – 78.53)	
	Mestrado	17	24.29 (15.59 – 35.77)	53	75.71 (64.26 – 84.41)	
	Doutorado	5	29.41 (12.41 – 55.06)	12	70.59 (44.94 – 87.59)	
Região de registro						.889
	Norte	6	27.27 (12.52 – 49.56)	16	72.73 (50.44 – 87.48)	
	Nordeste	40	75.47 (62.02 – 85.29)	13	24.53 (14.71 – 37.98)	
	Centro-Oeste	13	30.23 (18.29 – 45.62)	30	69.77 (54.38 – 81.71)	
	Sudeste	47	25.82 (19.96 – 32.71)	135	74.18 (67.29 – 80.04)	
	Sul	79	77.45 (68.26 – 84.58)	23	22.55 (15.42 – 31.74)	
Tipo de atendimento que presta						.008
	Particular / Privado	85	29.51 (24.51 – 35.07)	203	70.49 (64.93 – 75.49)	
	Público	5	12.50 (5.23 – 27.01)	35	87.50 (72.99 – 94.77)	
	Ambos	12	16.22 (9.39 – 26.54)	62	83.78 (73.46 – 90.61)	
Abordagens cognitivas	Sim	43	30.71 (23.60 – 38.89)	97	69.29 (61.11 – 76.40)	.092
Abordagens comportamentais	Sim	23	35.94 (25.08 – 48.45)	41	64.06 (51.55 – 74.92)	.042
Abordagens informadas de mindfulness	Sim	20	44.44 (30.59 – 59.23)	25	55.56 (40.78 – 69.41)	.003
Abordagem psicanalítica	Sim	12	10.91 (6.27 – 18.30)	98	89.09 (81.70 – 93.73)	< .001
Abordagens analíticas	Sim	25	27.78 (19.45 – 37.98)	65	72.22 (62.02 – 80.55)	.583
Abordagens existencialistas humanistas	Sim	49	30.06 (23.48 – 37.58)	114	69.94 (62.42 – 76.52)	.081
Abordagem sistêmica	Sim	14	23.73 (14.50 – 36.34)	45	76.27 (63.66 – 85.50)	.872

Outras abordagens	Sim	13	48.15 (30.03 – 66.76)	14	51.85 (33.24 – 69.97)	.010
-------------------	-----	----	-----------------------	----	-----------------------	------

Existe uma diferença significativa na recomendação entre profissionais com pouco ou sem conhecimento sobre mindfulness e profissionais com conhecimento razoável, muito ou total, conforme confirmação nos intervalos de confiança. Ou seja, profissionais com conhecimento “razoável” (77.69%) e “muito/total (87.50%) tendem a recomendar mindfulness mais do que profissionais com conhecimento “inexistente/pouco” (31.25%, $p < .001$). A proporção de psicólogos que já participou de algum MBP e recomendou mindfulness a seus clientes (93.10%) é maior do que a de profissionais que declararam não ter participado de MBP (39.24%, $p < .001$) (Tabela 9).

Tabela 9

Conhecimento Profissional de Psicólogos que já Recomendaram Mindfulness aos Seus Clientes Pelo Menos Uma Vez

Variável	Categoria	Você já recomendou aos seus pacientes que procurassem mindfulness pelo menos uma vez? (Q.23)				<i>p</i>
		<i>N</i>	Sim % (IC 95%)	<i>N</i>	Não % (IC 95%)	
Como você classifica seu conhecimento sobre mindfulness (Q.13, <i>N</i> = 417)	Inexistente / Pouco	85	31.25 (26.00 – 37.03)	187	68.75 (62.97 – 74.00)	< .001
	Razoável	94	77.69 (69.35 – 84.27)	27	22.31 (15.73 – 30.65)	
	Muito / Total	21	87.50 (66.96 – 96.03)	3	12.50 (3.97 – 33.04)	
Você já participou de algum MBP? (Q.35, <i>N</i> = 402)	Sim	54	93.10 (82.85 – 97.42)	4	6.90 (2.58 – 17.15)	< .001
	Não	135	39.24 (34.20 – 44.53)	209	60.76 (55.47 – 65.80)	

Também existe uma diferença significativa na aplicação de mindfulness considerando os níveis de conhecimento dos terapeutas (Tabela 10). Dos 130 profissionais que já ministraram mindfulness, 12.13% declarou conhecimento “inexistente/pouco”, 61.16% declarou conhecimento “razoável”, e 95.83% declarou “muito/total”; dentre os que nunca ministraram mindfulness, a maioria (87.87%) declarou conhecimento “inexistente/pouco”, 38.84% “razoável”, e 4.17% “muito/total” ($p < .001$). Ou seja, quanto maior o conhecimento declarado de mindfulness, maior é a probabilidade de os profissionais terem ministrado mindfulness a seus clientes.

A frequência de profissionais que participaram de MBP e aplicaram mindfulness (84.48%) é maior do que a de profissionais que aplicaram mindfulness e não participaram de MBP (21.22%, $p < .001$). Dos terapeutas que ministram mindfulness, a maior parte declarou possuir prática pessoal de mindfulness (85.29%, $p < .001$) (Tabela 10).

Tabela 10

Conhecimento Profissional de Psicólogos que já Aplicaram ou Ministraram Mindfulness aos Seus Clientes Pelo Menos Uma Vez

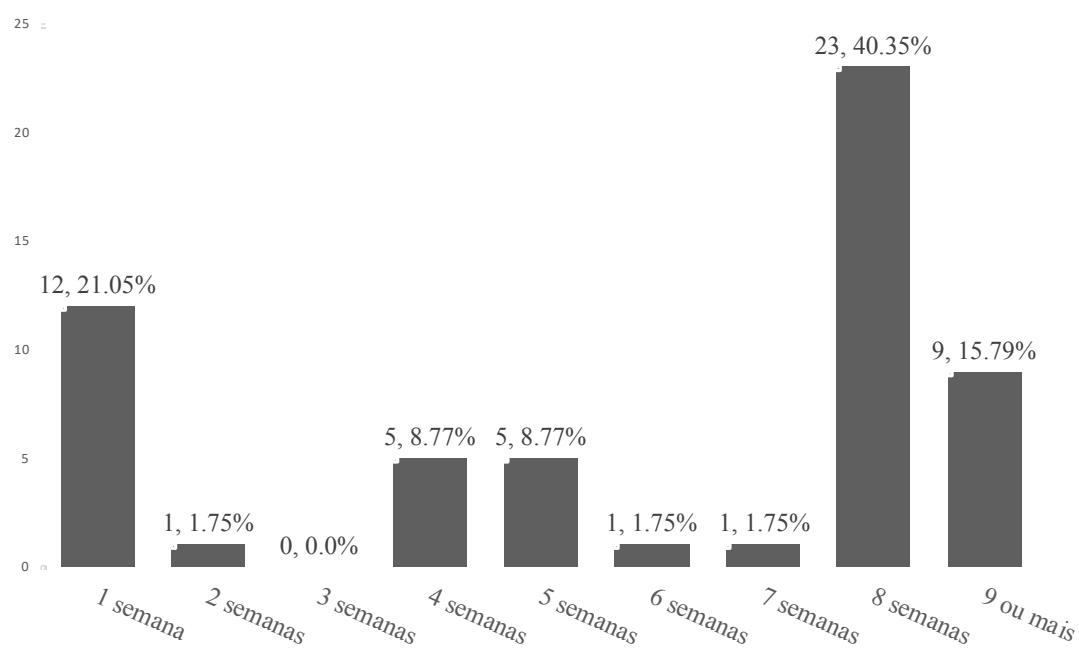
		Você já ministrou/aplicou mindfulness aos seus pacientes pelo menos uma vez? (Q.25)				
Categoria		Sim		Não		<i>p</i>
		<i>N</i>	% (IC 95%)	<i>N</i>	% (IC 95%)	
Como você classifica seu conhecimento sobre mindfulness (Q.13, <i>N</i> = 417)						< .001
	Inexistente / Pouco	33	12.13 (8.74 – 16.60)	239	87.87 (83.40 – 91.26)	
	Razoável	74	61.16 (52.14 – 69.47)	47	38.84 (30.53 – 47.86)	
	Muito / Total	23	95.83 (74.73 – 99.44)	1	4.17 (.56 – 25.27)	
Você se considera apto a ministrar mindfulness? (Q.30, <i>N</i> = 402)						<.001
	1. Não, de forma alguma	9	4.07 (2.13 – 7.67)	212	95.93 (92.33 – 97.87)	
	2.	27	42.19 (30.65 – 54.65)	37	57.81 (45.35 – 69.35)	
	3.	32	59.26 (45.64 – 71.59)	22	40.74 (28.41 – 54.36)	
	4.	31	88.57 (72.87 – 95.72)	4	11.43 (4.28 – 27.13)	
	5. Sim, totalmente	23	82.14 (63.14 – 92.51)	5	17.86 (7.49 – 36.86)	
Você já participou de algum MBP? (Q.35, <i>N</i> = 402)						< .001
	Sim	49	84.48 (72.62 – 91.79)	9	15.52 (8.21 – 27.38)	
	Não	271	21.22 (17.20 – 25.88)	73	78.78 (74.12 – 82.80)	
Atualmente, você possui prática pessoal de mindfulness? (Q.37, <i>N</i> = 402)						< .001
	Sim	87	85.29 (77.00 – 90.97)	15	14.71 (9.03 – 23.05)	
	Não	35	11.67 (8.48 – 15.84)	265	88.33 (84.16 – 91.52)	

De 58 profissionais que já participaram de um programa baseado em mindfulness, 57 responderam sobre a duração do MBP. Os MBP mais frequentados tiveram a duração de oito semanas (40.35%), uma semana (21.05%) e nove semanas ou mais (15.79%) (Figura 3).

Figura 3

Duração em Semanas do Programa Baseado em Mindfulness do Qual os Psicólogos

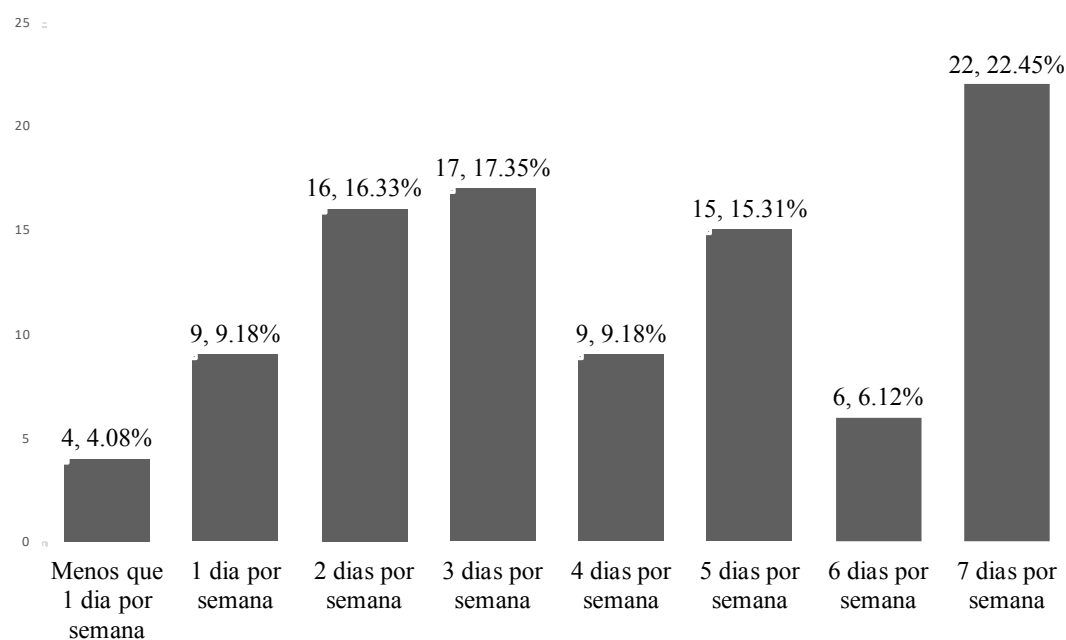
Participaram (Q.36, N = 57)



Dos 98 profissionais que possuem prática pessoal mindfulness, a maioria declarou praticar, em média, de dois a três dias por semana (33.68%), seguido pelos praticantes diários (22.45%) e pessoas que praticam cinco dias por semana (15.31%) (Figura 4).

Figura 4

Frequência Média da Prática Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos (Q. 41, N = 98)



5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, a discussão dos resultados quantitativos e qualitativos é apresentada organizada em dois artigos conforme a metodologia de análise dos dados predominante. No primeiro artigo, cuja análise de dados predominante é quantitativa e estatística, são complementados e discutidos os resultados referentes aos objetivos específicos 1 a 7. No segundo artigo, em que predomina a análise de dados qualitativa de conteúdo e lexical, são apresentados e discutidos os resultados referentes ao objetivo específico 8. Na seção seguinte,

Considerações Finais, os achados deste trabalho são integrados, considerando limitações, implicações e direcionamentos para futuros trabalhos.

5.1 Artigo 1. Conhecimento, Recomendação e Aplicação de Mindfulness por Psicólogos Clínicos Brasileiros.

5.1.1 Resumo

Com a crescente divulgação da eficácia e benefícios de *mindfulness*, o tema tem se tornado popular na comunidade psicoterapêutica e, também, entre clientes em busca de alívio para seu sofrimento. Contudo, pouco é sabido sobre como *mindfulness* tem sido integrado à psicoterapia. O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar conhecimento, recomendação, uso clínico e pessoal de *mindfulness* por psicólogos clínicos brasileiros. Os dados foram obtidos utilizando um levantamento quantitativo nacional, realizado com 417 psicólogos clínicos habilitados. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado, desenvolvido e testado para este estudo. Os resultados foram analisados estatisticamente em termos de frequências e proporções, e a associação entre categorias de respostas foi analisada utilizando teste exato de *Fisher* e significância estatística $p < .05$. As evidências indicaram que a maior parte dos psicólogos possui nenhum ou pouco conhecimento de *mindfulness*; quase metade já recomendou a seus clientes; cerca de um terço já aplicou na clínica, predominando o uso de técnicas isoladas com clientes individualmente; e cerca de um quarto dos profissionais possui prática pessoal de *mindfulness*. Desta forma, sugere-se que o uso de *mindfulness* na clínica tem se distanciado do formato baseado em evidência – programas baseados em *mindfulness* – através do qual sua eficácia tem sido verificada. Espera-se abrir espaço para reflexão sobre o tempo de resposta dos campos regulatório, acadêmico e científico a demandas emergentes da prática clínica ao fornecerem evidências, capacitação

técnica e acesso à prática em mindfulness, qualificando o psicólogo para tomar melhores decisões sobre a integração de mindfulness na psicoterapia.

Palavras-chave: conhecimento, atitude, prática profissional, psicologia, atenção plena.

5.1.2 Abstract

Mindfulness has become popular by the increasing dissemination of its effectiveness and benefits within psychotherapeutic community and, also, among clients seeking relief from their suffering. However, little is known about how mindfulness has been integrated into psychotherapy. The aim of this study was to identify and characterize knowledge, recommendation, clinical and personal use of mindfulness by Brazilian clinical psychologists. Data were obtained using a national quantitative survey, carried out with 417 licensed clinical psychologists. The instrument was a structured questionnaire, developed and tested for this study. Results were analyzed statistically in terms of frequencies and proportions, and the association between categories of responses was analyzed using Fisher's exact test with statistical significance of $p < 5$. Findings indicated that most psychologists have no or little knowledge of mindfulness; almost half have already recommended it to their clients; about a third have already applied it in clinical setting, with main use of isolated techniques on individual clients; and about a quarter of professionals have a personal mindfulness practice. Thus, it is suggested that use of mindfulness in clinic has moved away from the evidence-based format – mindfulness-based programs – through which its effectiveness has been verified. Reflection about response time of regulatory, academic and scientific fields to emerging demands of clinical practice is needed. They should contribute on providing

evidence, technical training and access to practice in mindfulness, qualifying the psychologist to make better decisions about the integration of mindfulness in psychotherapy.

Keywords: knowledge, attitude, professional practice, psychology, mindfulness.

5.1.3 Resumen

La atención plena se ha vuelto popular por la creciente difusión de su efectividad y beneficios dentro de la comunidad psicoterapéutica y, también, entre los clientes que buscan alivio de su sufrimiento. Sin embargo, se sabe poco sobre cómo la atención plena se ha integrado en la psicoterapia. El objetivo de este estudio es identificar y caracterizar el conocimiento, la recomendación, el uso clínico y personal de la atención plena por parte de los psicólogos clínicos brasileños. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta cuantitativa nacional, realizada con 417 psicólogos clínicos. El instrumento fue un cuestionario estructurado, desarrollado y probado para este estudio. Los resultados se analizaron estadísticamente por frecuencias y proporciones, y la asociación entre categorías de respuestas se analizó utilizando la prueba exacta de *Fisher* con significación estadística de $p < 5$. Los resultados indicaron que la mayoría de los psicólogos tienen poco o ningún conocimiento de la atención plena; casi la mitad ya lo ha recomendado a sus clientes; aproximadamente un tercio ya lo ha aplicado en el entorno clínico, con el uso principal de técnicas aisladas en clientes individuales; y aproximadamente una cuarta parte de los profesionales tienen una práctica personal de atención plena. Por lo tanto, se sugiere que el uso de la atención plena en la clínica se ha alejado del formato basado en la evidencia (programas basados en la atención plena) a través del cual se ha verificado su eficacia. Se necesita una reflexión sobre el tiempo de respuesta de los campos regulatorios, académicos y científicos a las demandas emergentes de la práctica clínica. Deben contribuir a proporcionar

evidencia, capacitación técnica y acceso a la práctica de la atención plena, calificando al psicólogo para tomar mejores decisiones sobre la integración de la atención plena en la psicoterapia.

Palabras clave: conocimiento, actitud, práctica profesional, psicología, atención plena.

5.1.4 Introdução

Mindfulness é um termo sem tradução exata equivalente para o idioma português. A proposta de tradução mais utilizada é *Atenção Plena* (Williams & Penman, 2015). O dicionário da *American Psychological Association* (2015) define mindfulness como a consciência dos estados internos e do meio externo de uma pessoa. De forma aplicada, refere-se a um tipo de meditação que envolve o foco atencional na respiração, pensamentos e sensações, conforme surgem. Logo, mindfulness acaba adquirindo sentido amplo, que pode ser de qualidade mental, traço, estado ou habilidade; de prática aplicada, como uma técnica, um tipo de meditação ou programa de intervenção; ou de princípios filosóficos e teóricos, que permeiam tradições como o Budismo ou algumas abordagens psicológicas (Germer, 2016; Van Dam et al., 2018).

Desde a década de 2010, o interesse pelos temas meditação e mindfulness tem crescido exponencialmente (Van Dam et al., 2018). Grande parte desta tendência se deve ao lançamento dos *Programas Baseados em Mindfulness* (MBP) – protocolos breves de intervenção – que têm chamado a atenção de pacientes, profissionais de saúde e pesquisadores desde a década de 1980 devido aos benefícios relatados por aqueles que participaram deste tipo de intervenção (Crane et al., 2017). O MBP que inaugurou esta tendência foi o *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR), desenvolvido por Jon Kabat-

Zinn na década de 1980, no contexto do hospital da Universidade de Massachusetts, Estados Unidos. Proposto como uma tentativa de aliviar o sofrimento de pacientes cujas condições de saúde crônicas poderiam ser manejadas apenas paliativamente, Kabat-Zinn recontextualizou princípios e práticas milenares, advindas do Budismo de filosofias orientais, conciliando-os com o modelo científico baseado em evidências e elementos da psicologia e da medicina. O resultado foi um programa estruturado e secularizado que ofereceu à população clínica um processo de aprendizagem experiencial e convencional, disponível ao senso-comum, e que talvez não pudesse ser acessado de outra forma (Kabat-Zinn, 2011). O MBSR é organizado como um protocolo de oito sessões, cada uma com frequência semanal e duração média de duas horas e meia, adicionadas de sessão *intensiva* alocada entre a sexta e a sétima sessão, com duração aproximada de oito horas, comumente referida como *dia de silêncio* ou *dia de retiro de silêncio* (Kabat-Zinn et al., 1985; Santorelli et al., 2017).

A partir do MBSR, outros programas baseados em mindfulness surgiram, compartilhando entre si elementos de fundamentação, currículo e formato, como o Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (*Mindfulness-based Cognitive Therapy* [MBCT]) de Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale (2013), sendo um dos mais referenciados juntamente com o MBSR. O MBCT possui estrutura e currículo semelhante ao MBSR, agregando elementos da Terapia Cognitiva, como psicoeducação e fundamentos e técnicas cognitivas, e é indicado para prevenção de recaídas e recorrências em episódios de depressão maior.

Os MBP apresentam benefícios particularmente para a saúde mental e podem ser utilizados amplamente na promoção da saúde e do bem-estar, sendo recomendado o uso como complemento, não substituto, ao tratamento psicoterapêutico e farmacológico. (Davis & Hayes, 2011; Demarzo & García-Campayo, 2015). Contudo, ainda são pouco conhecidos os efeitos adversos ou contraindicações de MBP (Van Dam et al., 2018).

A interpretação dos resultados de ensaios clínicos randomizados sobre MBP como promissores acarretaram o reconhecimento destas práticas, em particular o MBCT, como tratamentos de referência por entidades reconhecidas em saúde. No Reino Unido, o MBCT é recomendado como intervenção psicológica de alta intensidade nas etapas de continuação e manutenção para prevenção de recaída em depressão (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010), além de ser oferecido pelo sistema nacional de saúde, o *National Health System* (NHS), como uma das opções de tratamento para transtornos mentais (National Health Service [NHS], 2018). A *American Psychiatric Association* também cita o MBCT como opção para a fase de continuação no tratamento da depressão e acrescenta meditação mindfulness para comorbidades relativas a síndromes de dor (Gelenberg et al., 2010).

Um estudo representativo sobre prevalência, padrões e preditores do uso de meditação entre adultos nos Estados Unidos indicou que 5.2% (representando 11.8 milhões) de adultos praticaram meditação alguma vez na vida. O tipo de meditação com mantras já foi praticado por 2.6% da população adulta; a meditação do tipo mindfulness foi praticada por 2.5% e a meditação espiritual por 3.7%. A maior proporção dos adultos que praticou meditação o fez por questões de saúde mental: 29.2% por estar sentindo ansiedade, nervosismo ou preocupação, 21.6% por estar sob frequente estresse, 17.8% por depressão e 5.5% por outros problemas mentais (Cramer et al., 2016).

No Brasil, a integração de mindfulness no contexto da saúde é recente. Com a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) [*Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006: aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde, 2006*], congruente às diretrizes da *Estratégia de Medicina Tradicional e Complementar 2014 – 2023* da Organização Mundial de Saúde (OMS) (*WHO traditional medicine strategy. 2014-2023*, 2013), abriu-se a

possibilidade de reconhecer e difundir mindfulness como uma prática em saúde, especialmente quando *meditação* passou a integrar o rol da PNPIC em 2017 (*Portaria nº 849, de 27 de março de 2017: inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, 2017).

A integração de mindfulness na prática clínica em saúde pode ser considerada sob quatro formas principais: (a) como modelos psicoterapêuticos cujos referenciais teóricos são informados em conceitos e princípios da psicologia budista, da literatura científica e da prática em mindfulness – chamados de *programas ou psicoterapias informadas em mindfulness (mindfulness-informed programs [MIP])*; (b) como um conjunto de técnicas estruturadas, ou protocolos de intervenção, para o ensino sistemático e sustentado da prática de mindfulness, chamados de programas ou intervenções baseadas em mindfulness (*mindfulness-based programs [MBP]*); (c) como prática pessoal do profissional para cultivar habilidades que contribuem para a sua atuação psicoterapêutica clínica; (Crane et al., 2017; Germer, 2016); e (d) como práticas ou técnicas isoladas de mindfulness ministradas ao cliente, inseridas nas sessões de psicoterapia clínica, individual ou em grupo (Michalak et al., 2018).

No contexto da saúde, existe uma relação entre o conhecimento de práticas em saúde baseadas em evidências e as atitudes sobre tais práticas, operacionalizadas como disposição para ministrá-las ou recomendá-las (Aveni et al., 2016; McKenzie et al., 2012). Um levantamento realizado por Aveni e colegas (2016) sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em um centro hospitalar universitário indicou que apenas 15.8% dos profissionais possuía alguma capacitação em PIC mas, como resultado desta capacitação formal, tais profissionais tinham mais conhecimento para informar seus pacientes sobre PIC,

reforçando a relação entre conhecimento e atitude, entendida como disposição em recomendar ou ministrar. Um estudo comparativo entre psicólogos indonésios e australianos indicou que, no geral, a atitude de ambos os grupos sobre as PIC era ambivalente, sendo que a falta de regulamentação e procedimentos claros contribuiriam essa dúvida (Liem, 2019). Os dois grupos consideram importante ter conhecimento sobre PIC e se demonstraram positivos à integração destas práticas no serviço psicológico. Contudo, percebiam riscos na integração, sendo que, para os psicólogos australianos, seriam necessários testes científicos rigorosos antes de integrar as PIC; enquanto que, para os psicólogos indonésios, a integração das PIC implicaria em ameaças para a saúde pública. Por sua vez, o estudo *quasi*-experimental de Mckenzie e colaboradores (2012) ofereceu evidência empírica de que o conhecimento sobre práticas de saúde está positivamente relacionado à aplicação e ao uso das mesmas e, em particular, do mindfulness.

No Brasil, a pesquisa com intervenções baseadas em mindfulness é recente (Bloise et al., 2016; Demarzo et al., 2014; Trombka et al., 2018) e a menor parte está divulgada em português. Há estudos realizados com estudantes e profissionais das áreas da saúde em geral (Damião Neto et al., 2019; dos Santos et al., 2016; Lopes et al., 2019; Pizutti et al., 2019), mas não há estudos específicos junto à população de psicólogos, quer seja identificando conhecimento e/ou uso de mindfulness, quer seja sobre benefícios diretos da prática de mindfulness para o profissional, ou os benefícios indiretos sobre os sintomas de pacientes cujos psicoterapeutas desenvolveram uma prática pessoal de mindfulness.

O objetivo deste estudo de levantamento descritivo, exploratório e transversal foi identificar a proporção de psicólogos brasileiros conforme o nível de conhecimento, recomendação e uso de mindfulness na prática clínica. Mais especificamente, verificou-se se o sexo, a idade, a região de registro e a abordagem psicoterapêutica utilizada pelos profissionais. Estas variáveis também foram associadas com o nível de conhecimento

declarado, a recomendação, o uso profissional e o uso pessoal de mindfulness pelos psicólogos clínicos brasileiros.

5.1.5 Método

5.1.5.1 Participantes

Participaram psicólogos de todas as regiões do país, de diversas abordagens terapêuticas, nível de formação acadêmica e sem restrição quanto ao sexo. Os critérios de inclusão foram declarar possuir graduação completa em Psicologia e estar atuando em Psicologia Clínica. Os critérios de exclusão foram idade inferior a 18 anos e não possuir registro ativo em um dos 23 Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), o que caracteriza habilitação para atuar como psicólogo(a). A população inicial foi formada por 6,100 psicólogos cujos dados de contato foram obtidos em uma plataforma online de relacionamento para profissionais e estudantes de psicologia. Utilizando-se do cálculo amostral para populações finitas, o objetivo inicial era obter respostas válidas de 361 profissionais. Outros estudos de natureza semelhante, utilizando instrumento online e tamanho de população em torno dos 5.5 mil retornaram amostra entre 7% e 25% (Aveni et al., 2016; Julião et al., 2013; Sullivan et al., 2017). Do total, 601 (9.85%) psicólogos responderam e, após aplicação dos critérios de inclusão, 417 (6.84%) respostas foram consideradas, caracterizando uma amostra por critérios de conveniência.

5.1.5.2 Instrumento

O Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre Mindfulness continha 41 perguntas. O instrumento foi composto por cinco

partes: (a) perfil sociodemográfico, (b) perfil profissional, (c) conhecimento sobre mindfulness, (d) atitude de recomendação ou administração de mindfulness, e (e) uso de mindfulness como prática pessoal e profissional na clínica. O questionário abordou mindfulness de forma ampla, não especificando quanto ao formato de técnica isolada ou programa baseado em mindfulness para não induzir ou restringir a resposta. O questionário foi testado preliminarmente em duas etapas. Na primeira, o instrumento foi entregue impresso para quatro profissionais da área da saúde, sendo dois com e dois sem experiência prévia com mindfulness. Nesta etapa, verificou-se o entendimento do questionário em termos linguísticos, gramaticais, ordem de resposta e o tempo necessário para preenchimento. Após ajustes, o instrumento foi registrado em uma ferramenta *online* para pesquisas de levantamento garantindo o anonimato dos respondentes, redução do tempo de distribuição e de resposta e facilidade para extração dos dados para a análise. Na segunda etapa de teste do instrumento, o *link* de acesso ao questionário digital foi enviado por *e-mail* para 10 profissionais da área da saúde (medicina, fisioterapia e psicologia), confirmando a compreensão e a usabilidade da ferramenta. Metade dos profissionais possuía conhecimento prévio e experiência pessoal e/ou clínica com mindfulness e a outra metade não possuía qualquer conhecimento ou experiência com mindfulness. Os psicólogos que participaram do piloto foram excluídos da amostra da coleta dos dados.

5.1.5.3 Procedimentos

Uma carta-convite para participar da pesquisa contendo o link de acesso ao questionário digital e ao termo de concordância foi enviada por e-mail para o endereço eletrônico de todos que compuseram a população deste estudo. Todos os participantes foram informados da caracterização e objetivo da pesquisa e confirmaram o Termo de

Concordância. O questionário ficou disponível por 50 dias durante os meses de abril a maio de 2019. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº 3.121.121 de 21 de dezembro de 2018.

5.1.5.4 Análise de Dados

Os resultados foram analisados utilizando o *software* Stata v14.0. Variáveis categóricas foram analisadas por meio de estatísticas descritivas de frequência e proporções; variáveis discretas e contínuas foram analisadas por meio de frequência, média (*M*) e desvio-padrão (*DP*). A associação entre variáveis categóricas foi realizada utilizando o teste exato de *Fisher* e significância estatística de $p < .05$.

5.1.6 Resultados

Dos 417 psicólogos cujas respostas foram consideradas para os resultados, 330 (79.10%) eram mulheres e 87 (20.90%) homens, com faixas etárias de 25 a 29 anos (60, 14.39%), 30 a 39 anos (169, 40.53%), 40 a 49 anos (103, 24.70%) e acima de 50 anos (85, 20.38%). As regiões de registro profissional (CRP) foram agrupadas conforme a divisão das macrorregiões brasileiras: 5.75% (24) no Norte, 13.43% (56) no Nordeste, 10.31% (43) no Centro-Oeste, 45.80% (191) no Sudeste e 24.70% (103) no Sul. Os participantes também responderam sobre a(s) abordagem(ns) terapêutica(s) utilizadas na atuação clínica, podendo selecionar mais de uma abordagem como resposta.

Para tratamento dos dados, as abordagens foram agrupadas em categorias mais amplas com base na fundamentação epistemológica e/ou método clínico e foram analisadas

individualmente (Tabela 11). As categorias das abordagens foram organizadas da seguinte forma, indicadas juntamente com a quantidade de profissionais que declararam utilizá-las:

Tabela 11

Frequência de Respostas por Categoria de Abordagem(ns) Psicoterapêutica(s) utilizada

Categoria de Abordagem Psicoterapêutica	N	%
Abordagens existencialistas-humanistas (existencialista, humanista, gestalt-terapia, transpessoal, psicodrama, psicologia positiva, análise transacional, logoterapia e psicologia antropológica)	169	40.53%
Abordagens cognitivas (terapia cognitivo-comportamental [TCC], cognitiva e terapia do esquema)	145	34.77%
Abordagem psicanalítica (psicanálise)	116	27.82%
Abordagens analíticas (analítica, psicodinâmica, bioenergética, interpessoal, biossíntese e psicologia biodinâmica)	92	22.30%
Abordagens comportamentais (análise do comportamento, comportamental e terapia analítica funcional [FAP])	65	15.59%
Abordagem sistêmica (sistêmica)	62	14.87%
Abordagens informadas em mindfulness (Terapia de Aceitação e Compromisso [ACT] e Terapia Comportamental Dialética [DBT])	47	11.27%
Outras abordagens (psicoterapia breve não especificada, EMDR e <i>brainspotting</i> , neuropsicologia, terapia focada na compaixão, esquizoanálise, comunicação não-violenta, hipnoterapia ericksoniana, daseinsanalyse, psicologia histórico-cultural, terapia afirmativa e outras não especificadas)	27	6.47%

Considerando conhecimento, recomendação e uso (aplicação clínica e prática pessoal) como desfechos, os resultados serão apresentados detalhando a frequência e porcentagem das categorias de respostas para cada desfecho (Tabela 12).

Tabela 12

Frequência de Respostas por Nível Declarado de Conhecimento, Recomendação, Aplicação e Prática Pessoal de Mindfulness

Questão	Categoria	N	%
Como você classifica seu conhecimento sobre mindfulness (Q.13, N = 417)	Inexistente / Pouco	272	65.23
	Razoável	121	29.02
	Muito / Total	24	5.76
Você já recomendou aos seus clientes que procurassem mindfulness pelo menos uma vez? (Q.23, N = 417)	Sim	200	47.96
	Não	217	52.04
Você já ministrou/aplicou mindfulness aos seus clientes pelo menos uma vez? (Q.25, N = 417)	Sim	130	31.18
	Não	287	68.82
Atualmente, você pratica mindfulness? (Q.37, N = 402)	Sim	102	25.37
	Não	300	74.63

5.1.6.1 Conhecimento Sobre Mindfulness pelos Psicólogos Clínico

A respeito do grau de conhecimento sobre mindfulness, a maioria dos psicólogos clínicos participantes (272/417, 65.23%) relatou possuir nenhum ou pouco conhecimento sobre mindfulness, 29.02% (121/417) considerou possuir conhecimento razoável e 5.76% (24/417) indicou ter muito ou total conhecimento sobre o tema (Tabela 12). O grau de conhecimento sobre mindfulness apresentou diferenças significativas entre os grupos de sexo (feminino: “inexistente/pouco” 221, 66.97%; “razoável” 95, 28.79%; “muito/total” 14, 4.24%; *versus* masculino: “inexistente/pouco” 51, 58.62%; “razoável” 26, 29.89%, “muito/total” 10, 11.49%; teste exato de Fisher, $p < .05$). Ou seja, a maioria dos psicoterapeutas do sexo feminino e do sexo masculino possuem pouco ou nenhum

conhecimento sobre mindfulness. A maior proporção de psicoterapeutas que declarou possuir conhecimento “muito/total” é do sexo masculino.

Também houve diferença significativa entre as categorias de conhecimento para as abordagens cognitivas, psicanalítica e informadas em mindfulness. Dos que declararam utilizar abordagem cognitiva, a maioria (80, 55.17%) considera ter conhecimento “inexistente/pouco”; 54 (37.24%) consideraram possuir conhecimento “razoável” e a menor proporção (11, 7.59%; $p < .01$) considerou possuir “muito/total” conhecimento. Dos que utilizam abordagem psicanalítica, a maioria declarou conhecimento “inexistente/pouco” (96, 82.76%); 17 (14.66%) declararam ter conhecimento “razoável” e 3 (2.59%; $p < .001$) consideraram ter conhecimento “muito/total”. Dos que utilizam abordagens informadas em mindfulness, a maioria (22, 46.81%) também declarou possuir conhecimento “inexistente/pouco”, seguido por conhecimento “razoável” (18, 38.30%) e conhecimento “muito/total” (7, 14.89%; $p < .005$). Não houve diferença significativa entre grau de conhecimento para grupos de idade, região de registro e demais abordagens psicoterapêuticas.

5.1.6.2 Recomendação de Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos

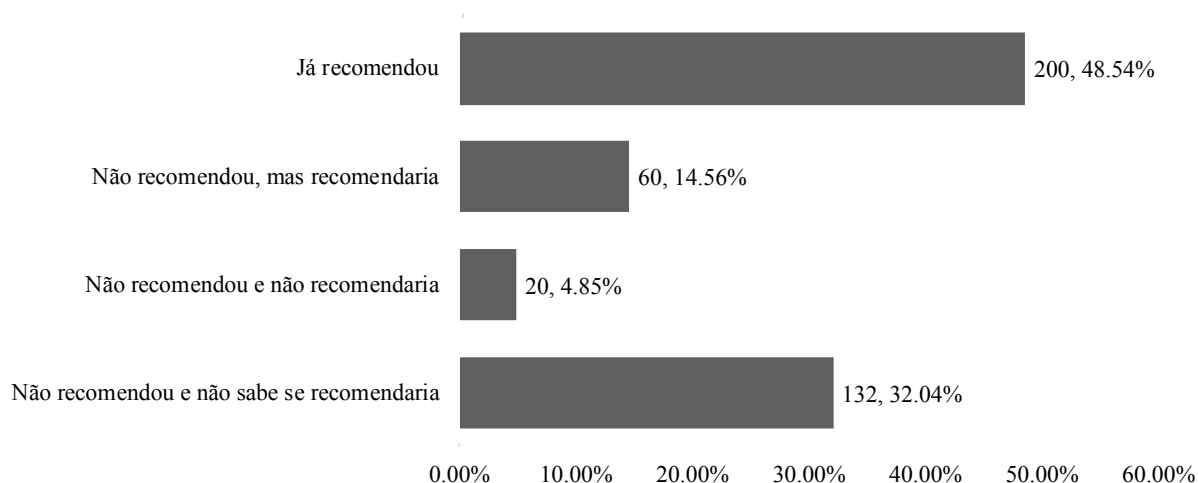
Dos 200 (47.96%) profissionais que recomendaram mindfulness aos seus clientes (Tabela 12) pelo menos uma vez, não houve diferença significativa de recomendação entre grupos de sexos, idade, e regiões de registro. A recomendação de mindfulness apresentou diferença significativa em relação às categorias de abordagens. A maior parte dos psicoterapeutas que utilizam abordagens cognitivas (92, 63.45%, $p < .001$) e abordagens diversas (20, 74.07%, $p = .005$) recomendavam mindfulness a seus clientes. Em contrapartida, a menor parte (28, 24.14%, $p < .001$) dos que usam psicanálise recomendavam.

As demais categorias de abordagens não apresentaram diferença significativa para a recomendação de mindfulness.

Dentre os que já recomendaram mindfulness a seus clientes, a menor parte (21/200, 10.50%) declarou possuir conhecimento “muito/total”, 47.00% (94/200) declarou conhecimento “razoável” e 41.50% (85/200) declarou conhecimento “inexistente/pouco”. Dos 217 profissionais que nunca haviam recomendado mindfulness a seus clientes, 212 (Figura 5) responderam sobre a possibilidade de uma futura recomendação. Destes, 60 recomendariam (28.30%), a maioria não sabe recomendaria (132, 62.26%), e 20 (9.43%) não recomendariam; cinco não responderam à essa pergunta. Dentre os 132 profissionais que nunca recomendaram e não sabem se recomendariam mindfulness a seus clientes, a maioria (123, 93.18%) declarou possuir conhecimento “inexistente/pouco” e 6.82% (10) declarou conhecimento “razoável” ($p < .001$).

Figura 5

Recomendação de Mindfulness Pelos Psicólogos (Q.23&24, N = 412)*



* $p < .001$

5.1.6.3 Uso Profissional de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos

Do total, 130 (31.18%) profissionais declararam que utilizaram mindfulness na prática clínica com seus clientes, pelo menos uma vez (Tabela 12). Não houve diferença significativa do uso clínico de mindfulness entre grupos de sexos, idade, e regiões de registro. O uso de mindfulness apresentou diferença significativa em relação às categorias de abordagens. Já aplicaram mindfulness com seus clientes 66 (45.51%, $p < .001$) dos psicoterapeutas que utilizavam abordagens cognitivas, 15 (12.93%, $p < .001$) dos que utilizavam abordagem psicanalítica, 24 (51.06%, $p < .005$) dos que usavam abordagens informadas mindfulness, e 16 (59.26%, $p = < .005$) profissionais de outras abordagens. Ou seja, maioria dos profissionais das abordagens informadas em mindfulness e outras abordagens já haviam aplicado mindfulness na prática clínica. Não houve diferença significativa entre grau de conhecimento e os grupos de idade, região de registro e demais abordagens psicoterapêuticas.

A utilização de mindfulness com seus clientes na prática clínica está significativamente associada com o conhecimento de mindfulness ($p < .001$). Dos que já usaram (130), 17.69% (23) declarou conhecimento “muito/total”; 56.92% (74) conhecimento “razoável”; e 25.38% (33) conhecimento “inexistente/pouco”. Dos que nunca usaram (287): 0.35% (1) declarou conhecimento “muito/total”; 16.38 % (47) conhecimento “razoável”; e 83.28% (239) conhecimento “inexistente/pouco”.

Dos 130 psicoterapeutas que usam mindfulness na prática clínica, 122 responderam sobre a autopercepção da aptidão para ministrar mindfulness. Trinta e seis dos 122 (29.51%) consideraram que não são aptos a ministrar mindfulness (categorias 1 e 2) e 54 (44.26%) se consideraram aptos (categorias 5 e 4, $p < .001$). A maior parte dos que não se consideram aptos (categoria 1, 212/221, 95.93%) respondeu que nunca havia usado mindfulness com seus

clientes, assim como a maior parte dos que se consideraram totalmente aptos a ministrar (categoria 5, 23/28, 82.14%) já aplicaram (Tabela 13).

Tabela 13

Autopercepção da Aptidão Para Aplicar Mindfulness Pelos Psicólogos que já Ministraram Mindfulness a Seus Clientes Pelo Menos Uma Vez (N = 402)

	Categoria	Você já ministrou/aplicou mindfulness aos seus clientes pelo menos uma vez? (Q.25)				<i>p</i>
		Sim		Não		
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Você se considera apto a ministrar mindfulness? (Q.30)						< .001
	1. Não, de forma alguma	9	4.07	212	95.93	
	2.	27	42.19	37	57.81	
	3.	32	59.26	22	40.74	
	4.	31	88.57	4	11.43	
	5. Sim, totalmente	23	82.14	5	17.86	

Complementarmente, foi perguntado aos psicólogos se consideraram ter participado de um programa baseado em mindfulness. De 402 psicoterapeutas respondentes, 58 (14.43%) declararam ter participado de algum MBP. A maioria (49/58, 84.48%) dos profissionais que declaram ter participado de algum MBP respondeu que já usou mindfulness na prática clínica. Por outro lado, a maioria (73/122, 59.84%) dos que já usaram mindfulness na clínica nunca participaram de um MBP ($p < .001$).

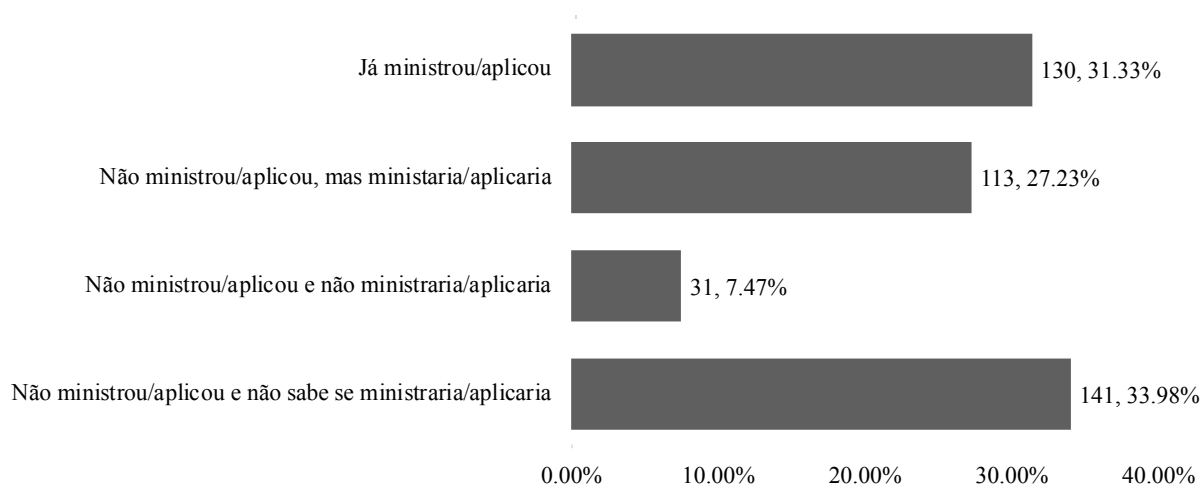
Dos 130 profissionais que usaram mindfulness na prática clínica, 125 responderam sobre o uso das técnicas. A maioria (108, 86.40%) aplicou técnicas isoladas, oito (6.40%) aplicaram como programas, nove (7.20%) aplicaram em ambos os formatos. Mindfulness foi aplicado individualmente na clínica por 79 (63.20%) dos 125 profissionais que já

ministraram; oito (6.40%) aplicaram em grupo e 38 (30.40%) aplicaram com ambos os tipos de público (individual e em grupo).

Desconsiderando os profissionais que já ministraram mindfulness, 113 de 285 (39.65%) nunca ministrou, mas ministraria; 31 (10.88%) não ministraram e não ministrariam; 141 (49.47%) nunca ministraram e não sabem se ministrariam (Figura 6). Dois participantes não responderam à esta pergunta.

Figura 6

Uso de Mindfulness Pelos Psicólogos na Clínica (Q.25&26, N = 415)*



* $p < .001$

5.1.6.4 Uso Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos

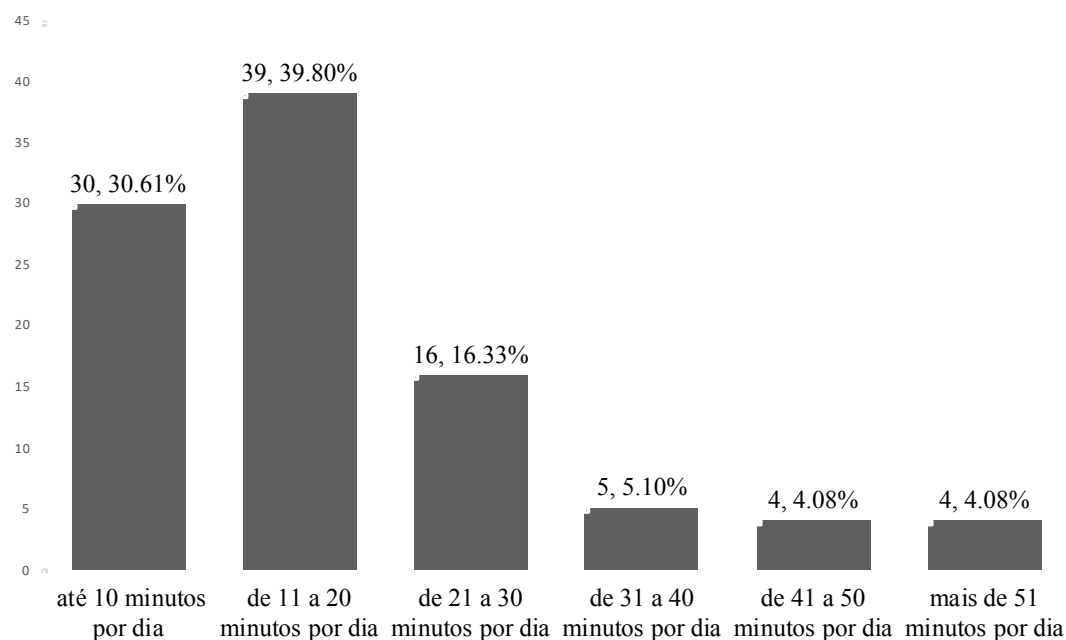
Quanto à prática pessoal de mindfulness pelos psicoterapeutas, 102 (25.37%) de 402 participantes declararam praticar (Tabela 12). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas da prática pessoal entre grupos de sexo, idade e de regiões de registro profissional. A prática pessoal mindfulness diferiu significativamente entre as abordagens psicanalítica, comportamentais, informadas em mindfulness e abordagens

diversas. A menor parte dos psicólogos que usam abordagem psicanalítica (12, 10.91%, $p < .001$) e abordagens comportamentais (23, 35.94%, $p < .05$); e metade dos que usam abordagens informadas em mindfulness (9, 50.00%, $p < .05$) e abordagens diversas (13, 48.15%, $p = .01$) declarou praticar mindfulness. Não houve diferença estatisticamente significativa entre prática pessoal e os demais grupos de abordagem teórica.

Quanto à frequência média declarada de prática pessoal de mindfulness, dentre 98 respondentes, quatro (4.08%) realizavam a prática menos de um dia por semana, nove (9.18%) realizava um dia por semana, 16 (16.33%) praticam dois dias, 17 (17.35%) praticaram três dias, nove (9.18%) praticaram quatro dias, 15 (15.31%) praticavam mindfulness cinco dias, seis (6.12%) praticavam seis dias e 22 (22.45%) praticavam sete dias por semana. Quanto à duração média da prática (Figura 7), a maioria declarou praticar de 11 a 20 minutos (39/98, 39.80%), ou até 10 minutos (30/98, 30.61%). Quatro participantes não especificaram a duração ou a frequência da sua prática.

Figura 7

Duração Média da Prática Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos (Q.42, N = 98)



5.1.7 Discussão

5.1.7.1 Conhecimento Sobre Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos

A maioria dos psicólogos (65%) declarou possuir pouco ou nenhum conhecimento sobre mindfulness como um tema geral. Quase um terço (29%) considerou possuir conhecimento moderado (“razoável”). Ao considerar a integração de mindfulness no contexto de saúde através da PIC, um levantamento realizado num centro hospitalar na suíça indicou que 84.3% dos profissionais daquele centro hospitalar considerou carecerem de conhecimento para poderem informar seus pacientes sobre as práticas complementares, e que 44.2% considerou difícil ou muito difícil encontrar fontes de informação confiáveis sobre tais práticas. No contexto das PIC no Brasil, autores indicam que esse tema ainda é recente, sendo inicial sua inserção tanto no contexto do ensino superior em saúde quanto da pesquisa no país

(Neves et al., 2012; Tesser et al., 2018). Esta situação também é verificada no Reino Unido, pois um relatório nacional contendo resultados de um levantamento feito com médicos clínicos gerais indicou que 69% desconhecia ou se consideravam pouco informados sobre mindfulness (Halliwell & Mental Health Foundation, 2010). Neste sentido, o conhecimento adquirido sobre mindfulness talvez advenha particularmente da busca individual por literatura específica (ainda escassa no idioma português) por parte dos profissionais ou pelo interesse pessoal prático que leva ao conhecimento, uma vez que se considera que o conhecimento de mindfulness é melhor desenvolvido pela prática, de dentro para fora (Kabat-Zinn, 2011).

Foi verificada a diferença entre grupos de sexo com relação ao conhecimento sobre mindfulness. Ou seja, a categoria de conhecimento “muito/total” sobre mindfulness teve a maior proporção de respondentes do sexo masculino, sugerindo que psicólogos do sexo masculino possuem mais conhecimento sobre o tema. Contudo, tal associação não foi encontrada em um estudo semelhante realizado na Austrália sobre conhecimento e/ou atitudes estudantes de medicina e psicologia sobre mindfulness enquanto intervenção clínica (McKenzie et al., 2012). Ademais, um estudo representativo nacional realizado nos Estados Unidos indicou que a prevalência de uso de meditação é maior entre a população do sexo feminino (Cramer et al., 2016).

Considerando as abordagens terapêuticas, pouco mais da metade (55%) dos psicólogos que usavam terapias cognitivas e TCC declararam nenhum ou pouco conhecimento sobre mindfulness, o que seria divergente da percepção de que mindfulness estaria integrado a estas terapias, e que seria mais uma técnica terapêutica disponível à prática clínica, especialmente ao se considerar a proposta de *ondas* ou *gerações* de terapias cognitivo-comportamentais (Hayes, 2016; Vandenberghe & Sousa, 2006), que inclui em seu escopo tal conjunto de abordagens e, também, as abordagens informadas em mindfulness e os programas baseados em mindfulness. Por outro lado, há diferenças epistemológicas e

metodológicas entre a terapia cognitivo-comportamental e a prática e os princípios de mindfulness, já que a primeira trabalharia com a reestruturação cognitiva, analisando conteúdo dos pensamentos, enquanto que mindfulness não teria esse propósito (Vandenberghe & Sousa, 2006). Dentre os psicólogos das abordagens informadas em mindfulness, pouco mais da metade (53%) declarou conhecimento “razoável” e “muito/total”, o que seria esperado por serem integrantes da chamada *terceira onda* e compartilharem, dentre outros aspectos, conceitos e princípios de mindfulness. Dos que usavam psicanálise, a maioria (82%) também declarou conhecimento inexistente/pouco, talvez um reflexo da produção científica escassa tanto no Brasil quanto com fundamentação psicanalítica, apesar da interface histórica existente entre psicanálise e mindfulness (Aich, 2013).

5.1.7.2 Recomendação de Mindfulness pelos Psicólogos Clínicos

Quase metade (48%) dos psicólogos já recomendou mindfulness a seus clientes, pelo menos, uma vez. Congruentemente com o que era esperado em relação à afinidade de mindfulness com as abordagens cognitivas, verificou-se ser mais provável que psicólogos que utilizavam esta abordagem (64%) recomendassem mindfulness do que os que não utilizavam. Também alinhado à percepção de que não há uma associação bem estabelecida entre psicanálise e mindfulness, a prevalência de psicólogos desta abordagem que recomendam mindfulness é menor (24%) do que os que recomendam. Já os profissionais de outras abordagens consideradas, em sua maioria, práticas ou abordagens emergentes e complementares, talvez sejam mais propensos a recomendar mindfulness (cerca de 74% já indicou) por também estarem mais abertos e aceitarem outras abordagens complementares para o tratamento de seus clientes.

Dentre os 200 psicólogos que já recomendaram, a maior parte (58%) declarou possuir conhecimento “razoável” e “muito/total” combinados. Existe uma associação e uma relação positiva entre o conhecimento e a recomendação de práticas de saúde por estudantes e profissionais de psicologia, medicina, fisioterapia e enfermagem a seus clientes, conforme verificado tanto em estudos relacionados a PIC quanto a mindfulness (Astin et al., 2005; Aveni et al., 2016; McKenzie et al., 2012; Shorofi & Arbon, 2017). Ou seja, profissionais tendem a recomendar práticas com as quais estão mais familiarizados, e quanto mais conhecimento prático ou de evidências sobre os benefícios de uma prática em saúde, maior a probabilidade de que o profissional recomende uma prática. Considerando essa associação entre conhecimento e recomendação, e que a maioria dos participantes deste estudo respondeu que possuía pouco ou nenhum conhecimento de mindfulness, seria esperado uma proporção maior de profissionais que nunca tivesse recomendado mindfulness. Contudo, perto da metade (42%) dos profissionais que declararam possuir nenhum ou pouco conhecimento de mindfulness já recomendaram esta prática aos seus clientes. Um entendimento possível seria o de que a divulgação de mindfulness e seus benefícios na mídia (televisão, revistas, redes sociais e aplicativos) tenha despertado o interesse e gerado abertura para a recomendação de práticas, apesar de faltar conhecimento das evidências sobre aplicação, formatos e condições nos quais mindfulness possa ser utilizado.

5.1.7.3 Uso Profissional de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos

Como esperado, a menor proporção dos psicólogos (31%) usou mindfulness pelo menos uma vez na prática clínica com seus clientes. A diferença significativa entre recomendação de mindfulness e as abordagens cognitivas e psicanálise foram encontradas também num estudo sobre uso de mindfulness por psicólogos alemães (Michalak et al.,

2018). Similarmente, a menor parte dos psicanalistas usou mindfulness na clínica; mas, de forma oposta, no estudo alemão os terapeutas cognitivo-comportamentais foram os que mais utilizaram mindfulness com seus clientes. Quanto à ligeira maioria dos psicólogos (51%) das abordagens informadas em mindfulness tendo usado mindfulness na psicoterapia, tal resultado é esperado, uma vez que as MIP não são focadas em ensinar a prática de mindfulness a seus clientes, mas integram conceitos e princípios de mindfulness no modelo psicoterapêutico (Crane et al., 2017). Já o uso de mindfulness pela maioria (59%) dos profissionais de outras abordagens, sugere-se que, assim como ocorreu na recomendação de mindfulness, estejam mais abertos ao uso de outras práticas também consideradas emergentes.

A maioria dos que aplicaram mindfulness na clínica respondeu que possui conhecimento “razoável” e “muito/total” (75%) e se considerava apta a ministrar (86%). Além da associação entre o conhecimento e a utilização de práticas em saúde, também existe uma associação entre autopercepção sobre a habilidade ou a capacidade de aplicar e o uso efetivo de práticas em saúde na clínica (AlGhamdi et al., 2017; Astin et al., 2005), sendo que a percepção de inadequação, falta de treinamento, competência, recursos ou treinamento sobre uma prática foi considerada como uma barreira na integração de PIC e práticas mente e corpo entre médicos, residentes e estudantes de medicina.

Embora fosse mais provável que psicólogos que não se consideravam aptos não aplicassem mindfulness (96%), um quarto dos psicólogos que aplicaram mindfulness declarou possuir pouco ou nenhum conhecimento (25%) ou não se considerou apto (12.63%). Talvez esse número indique uma tentativa inicial de agregar uma prática nova para alívio do sofrimento do cliente. Contudo, cabe considerar que a falta de treinamento e experiência pessoal do psicoterapeuta que aplica mindfulness pode resultar na utilização de formas superficiais desta prática, perdendo o seu potencial e elementos essenciais, podendo gerar

desapontamento tanto para o profissional quanto para o cliente (Michalak et al., 2018). Além disso, orientações para o ensino de MBP recomendam que o profissional esteja comprometido com treinamento apropriado no programa, que inclui o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, conhecimento do currículo, condução das técnicas e supervisão profissional (Crane et al., 2012, 2017). Também cabe considerar o que preconiza o *Código de Ética* do Conselho Federal de Psicologia, órgão que regulamenta, orienta e fiscaliza o exercício profissional do psicólogo no Brasil, de que o profissional deve realizar “atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente” e “utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional” (*Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005: aprova o código de ética profissional do psicólogo, 2005, p. 8*). Contudo, a regulamentação não especifica o tipo ou os requisitos que caracterizam a *capacitação*, assim como não especifica os critérios ou metodologias que caracterizam o *reconhecimento* de princípios, conhecimentos e técnicas (exemplo: ensaios clínicos controlados, estudos de caso; estudos realizados no Brasil em também em outros países e/ou contextos socioculturais). A falta de clareza quanto à regulamentação ou procedimentos pode gerar dúvidas ou hesitação quanto ao uso de práticas como o mindfulness no contexto da psicoterapia clínica (Liem, 2019).

Os resultados indicaram que a maior parte dos profissionais que participaram de um MBP (85%) aplicaram mindfulness na clínica, congruentemente com outro estudo no qual estudantes de medicina que participaram de programas de mindfulness teriam maior probabilidade de aplicar mindfulness com seus clientes do que estudantes sem contato com mindfulness, inclusive listando motivos e benefícios específicos da prática (McKenzie et al., 2012). Isso também poderia indicar que a experiência pessoal advinda da participação num MBP motivou o uso com seus clientes, talvez uma tentativa de compartilhar os benefícios da

prática para o alívio do sofrimento. Contudo, chama atenção que grande parte dos psicólogos que já usaram mindfulness na clínica nunca participaram de um MBP (60%), considerando-se que as técnicas mais referenciadas para integração na psicoterapia são extraídas ou adaptadas dos MBP (especialmente do MBSR e do MBCT) (Michalak et al., 2018; Roemer et al., 2000). A predominância do uso de técnicas isoladas (86%) no atendimento clínico individual (63%) pelos psicólogos brasileiros também é consistente com os achados da população de psicoterapeutas na Alemanha (Michalak et al., 2018).

Existe um potencial de integração de mindfulness no contexto clínico, pois, dentre os psicólogos que nunca aplicaram, quase metade (40%) consideraria aplicar; e metade (50%) declara que ainda não sabe se aplicaria – o que poderia estar relacionado com a falta de conhecimento para tomar essa decisão. Talvez o aumento no uso do mindfulness na clínica dependa do acesso, por parte dos profissionais, a mais dados de evidências sobre as práticas ou programas de mindfulness em diversos formatos e currículos, bem do acesso à formação profissional. Atualmente, a formação em PIC é pouco integrada aos cursos de graduação, ficando a cargo do profissional a busca ativa por cursos e treinamentos complementares de capacitação ou cursos de pós-graduação *lato sensu* (Tesser et al., 2018)

5.1.7.4 Uso Pessoal de Mindfulness Pelos Psicólogos Clínicos

A menor parte (25%) dos psicólogos declarou possuir prática pessoal de mindfulness, refletindo o menor uso também entre as abordagens psicanalítica (11%) e comportamentais (36%). Metade (50%) dos psicólogos da categoria de abordagens informadas em mindfulness possuía prática pessoal de mindfulness, talvez explicado pelo fato de que, embora não ensinem ou apliquem necessariamente as técnicas com seus clientes, possuiriam mais conhecimento sobre o tema e estariam mais cientes dos benefícios da

prática. Quase metade (48%) dos psicólogos de abordagens diversas também declarou praticar, talvez pelos mesmos motivos que recomendam ou aplicam com seus clientes, ou seja, por serem mais abertos a práticas integrativas e complementares.

Dente os psicólogos que declararam praticar mindfulness, 34% praticava entre dois e três dias por semana, considerando a soma de ambas as categorias, e 22% praticava sete dias por semana. Estes números são similares ao estudo realizado na Alemanha sobre uso pessoal e profissional de mindfulness por psicólogos clínicos, em que 23% praticava, pelo menos, uma vez ao dia e 37% praticava, pelo menos, duas vezes por semana (Michalak et al., 2018). Em sua maioria, a duração média da prática pessoal dos psicoterapeutas foi de 11 a 30 minutos por dia (40%). Somados com a categoria de 21 a 30 minutos, totalizou 56% de prática entre 11 a 30 minutos diários. Quase um terço (31%) praticava até 10 minutos por dia e 13% praticavam mais de 30 minutos diários. Da mesma forma que frequência média, considerando as mesmas categorias de tempo, a duração média da prática também foi similar ao estudo com psicólogos clínicos alemães, em que 40% praticava 10 minutos ou menos, 54% praticava entre 11 e 30 minutos e 7% praticava mais de 30 minutos por prática. A prática pessoal de mindfulness pelo profissional é essencial ao desenvolvimento de competências para ministrar a técnica, recomendando-se a sua realização numa frequência diária (Crane et al., 2017; Kabat-Zinn, 2011; Segal et al., 2013). Este tópico também está incluso como parte do treinamento e capacitação para o uso de mindfulness na clínica.

Considerando as possibilidades de integração de mindfulness na prática clínica, o modelo e os resultados da sua aplicação como parte do referencial teórico nas MIP ou como técnicas estruturadas dentro dos MBP é melhor conhecida. Enquanto prática pessoal do profissional, também há evidências que os resultados beneficiam o processo terapêutico, ou seja, a promoção da qualidade mindfulness do psicoterapeuta pode afetar positivamente o curso terapêutico (Davis & Hayes, 2011; Grepmaier et al., 2007, 2008; Ryan et al., 2012).

Contudo, a integração de mindfulness enquanto técnicas isoladas inseridas no contexto da sessão de psicoterapia de diversas abordagens, seja individual ou em grupo, ainda é pouco conhecida. Os poucos estudos existentes tratam, principalmente, de transpor o MBP para um formato individual (Schroevers et al., 2016; Tovote et al., 2014, 2015). Porém, o uso de técnicas isoladas com clientes individuais é o modelo relatado como o mais utilizado pelos psicólogos clínicos. Ou seja, a maioria dos psicoterapeutas poderia estar usando mindfulness de forma heterogênea, usando técnicas isoladas oriundas dos MBP e com durações menores do que as utilizadas nos programas, conforme já apontado em outro estudo com natureza semelhante (Michalak et al., 2018). Tal caracterização do uso clínico de mindfulness poderia indicar que as evidências empíricas sobre meditação mindfulness e MBP motivaram os profissionais a integrar práticas e princípios de mindfulness no processo clínico, mas talvez sem considerar apropriadamente diferenças e restrições do cenário terapêutico individual, tais como tempo da sessão, alinhamento com a abordagem psicológica usada ou o formato pelo qual mindfulness tem sido validados enquanto prática baseada em evidência, que é o formato de MBP.

Sem ignorar a realidade e a urgência do tema na prática em psicoterapia, alguns princípios para a integração responsável na terapia foram propostos (Michalak et al., 2019). Recomenda-se que o terapeuta possua prática pessoal de mindfulness, pois, além de ser parte da qualificação para se aplicar a técnica, também favorece o bem-estar do profissional e desenvolve habilidades que serão favoráveis ao processo. Sabendo que a terapia sem incluir mindfulness é eficaz, e que não há evidência que indique que a integração de mindfulness seja mais eficiente do que o uso do protocolo clínico tradicional, usar mindfulness com clientes pode ser uma opção que surge do próprio cliente devido ao crescente interesse público no tema. Portanto, além da prática pessoal, o profissional deveria possuir conhecimento suficiente para avaliar se há evidência na literatura que sugira que o

diagnóstico clínico do cliente pode se beneficiar de mindfulness, inclusive usando como referência estudos que demonstrem responsividade da condição clínica aos programas grupais baseados em mindfulness; e, também, inserir mindfulness numa conceitualização de caso que considere as particularidades do funcionamento do cliente.

Quanto à capacitação técnica, além da prática pessoal, o profissional deve ter qualificação clínica, conhecimento profundo da condição de saúde na qual pretende integrar mindfulness, e participar de treinamentos específicos para aplicação da técnica (Michalak et al., 2019). A prática pessoal pode variar de intensidade considerando o tipo de integração que se pretende fazer: se for a recomendação de livros, recursos ou programas baseados em mindfulness, ministrados por outro profissional qualificado, é interessante que o psicoterapeuta tenha alguma experiência pessoal a prática de mindfulness. Se a integração pretendida é ministrar as técnicas de mindfulness, recomenda-se ao psicoterapeuta possuir prática pessoal e contínua de mindfulness há, pelo menos, um ano, além de fazer um processo de supervisão profissional. Recomenda-se que o próprio psicoterapeuta participe de um MBP, bem como de retiros especializados e treinamentos regulares para suporte teórico e prático, caso deseje ministrar mindfulness na terapia individual. O uso de mindfulness com o cliente sempre deve ser seguido de um processo de investigação da experiência acerca das sensações físicas e dos eventos mentais que surgiram durante a prática, avaliando a continuidade do uso e os impactos sobre a condição clínica. A duração da técnica de mindfulness também precisa ser avaliada, aliada à sua realização entre as sessões da psicoterapia.

5.1.7.5 Limitações e Implicações

Este estudo possui algumas limitações. Quanto à amostra não-probabilística, os resultados não podem ser generalizados para a população de psicólogos clínicos no Brasil.

Contudo, o estudo apresentou amostra de participantes de todas as regiões do país e a amostra possui tamanho superior ao mínimo esperado considerando populações finitas. O estudo também não verificou a frequência de uso de mindfulness a cada cliente, tampouco os tipos de técnicas usada com os clientes e a qualidade da integração de mindfulness, o que poderia complementar a caracterização do uso de mindfulness na prática clínica. Este é um aspecto que deverá ser aprofundado em outros estudos. Outro aspecto a ser considerado é a saliência de tópico, ou seja, psicólogos interessados seriam mais prováveis de participarem do estudo, gerando um viés de seleção. Para minimizar este aspecto, no e-mail de convite contendo o acesso para o formulário foi mencionado que a participação na pesquisa não dependia de conhecimento prévio e que seria uma boa oportunidade para expressar sua opinião sobre mindfulness, talvez refletindo no fato de que, conforme verificado nos resultados, a maioria (65%) dos participantes declarou possuir pouco ou nenhum conhecimento sobre o tema.

As implicações deste estudo recaem sobre a reflexão acerca do reconhecimento, regulamentação e inserção de mindfulness nos contextos de atuação profissional, pesquisa e ensino de psicologia no Brasil, fomentando ações de orientação e capacitação profissional. Embora já seja notada uma importante iniciativa de orientação e regulamentação do uso das PIC por psicólogos, ainda é rudimentar, estando fragmentada e limitada regionalmente, a exemplo da nota emitida pelo Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina (*Nota de orientação sobre a utilização de práticas integrativas e complementares (PICs) e outras práticas emergentes em Psicologia*, 2019). Contudo, é sabido que existem demanda e busca efetiva em saúde mental pelas PIC (Cramer et al., 2016) e há sentido em que profissionais de saúde mental, como psicólogos, estejam cientes e qualificados para orientar clientes sobre tais práticas, independentemente se aplicá-las clinicamente ou não. Da mesma forma, mindfulness não é um tema que consta no currículo de formação em Psicologia e tampouco é referido pelo órgão de registro profissional no Brasil. Este estudo tem o potencial de

fundamentar a inclusão deste tema nas políticas educacionais e de formação em Psicologia. A exemplo do projeto MEDITASUS, que promoveu uma formação modular para capacitar profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a ministrarem programas baseados em mindfulness para pacientes e comunidade, o presente trabalho poderá catalisar uma iniciativa análoga para os profissionais da psicologia. Também poderá respaldar e justificar a criação de um Grupo de Trabalho tanto sobre o uso de PIC quanto mindfulness na Psicologia junto à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP).

5.1.8 Considerações Finais

O presente estudo agrega dados sobre uso de práticas de mindfulness por psicólogos clínicos brasileiros. Foi verificada uma associação entre o conhecimento, a recomendação e o uso de mindfulness pelos psicoterapeutas. É provável que a experiência pessoal dos psicólogos com mindfulness (por exemplo, através da participação em MBP) motive a integração de mindfulness enquanto técnica no contexto clínico individual, além de constituir requisito para a sua efetiva aplicação profissional. O conhecimento sobre mindfulness em geral (evidências de eficácia, modelos, formas de aplicação) é escasso no idioma português atualmente, estando limitado a livros e poucos estudos realizados no país. O acesso a dados empíricos, a recursos para prática pessoal e à capacitação profissional em mindfulness pelos psicólogos clínicos brasileiros deve ser promovido por meio de diferentes canais, para que uma aplicação eficaz na psicoterapia possa ser avaliada.

A integração clínica de práticas de saúde integrativas, complementares ou consideradas emergentes – como o mindfulness – é uma questão presente, impulsionada pela ampla divulgação midiática de seus benefícios, pelo interesse e/ou experiência pessoal do psicólogo clínico, ou pelo interesse e demanda do cliente de psicoterapia. A velocidade com a

qual tais práticas se disseminam, muitas vezes, é superior ao tempo necessário para a realização e divulgação de estudos que atendam o padrão-ouro em pesquisa, ou para ajustes no currículo de formação acadêmica, ou mesmo para a consecução de uma atualização complementar do profissional por meio de cursos de capacitação. Tal descompasso pode acarretar na utilização imprecisa ou inadequada destas práticas para atender a urgente demanda de alívio do sofrimento da pessoa que usa os serviços de psicoterapia. Portanto, há uma necessidade em se compartilhar a responsabilidade pelo debate sobre e inclusão das PIC, incluindo mindfulness, no contexto psicoterapêutico de forma ética, envolvendo as entidades reguladoras e de saúde, centros de formação e pesquisa, o profissional psicólogo e o cliente. Compete ao profissional buscar informações qualificadas e confiáveis sobre a técnica que pretender agregar em sua atuação profissional, assim como cabe aos centros de formação e pesquisa responder a essa demanda, tornando acessíveis informações sobre tais práticas e fomentando a construção de conhecimento. Compete ao sistema nacional de saúde promover e ampliar a oferta de tais práticas para a população, e também de formação profissional, fomentando um sistema colaborativo de compromisso ético com a saúde integral e o bem-estar da pessoa e social.

5.1.9 Referências

Access to Insight. (2005). *Tipitaka: The Pali canon*. Access to Insight.

<https://www.accesstoinsight.org/tipitaka/index.html>

Aich, T. (2013). Buddha philosophy and western psychology. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(6), s165–s170. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105517>

Albuquerque, M. C. dos S. de, & Cavalcanti, M. do S. L. (1998). Relaxamento: Uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de*

- Enfermagem*, 51(1), 35–52. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000100004>
- AlGhamdi, K. M., Khurram, H., & Asiri, Y. (2017). The welcoming attitude of dermatologists towards complementary and alternative medicine despite their lack of knowledge and training. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 25(6), 838–843. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2016.12.005>
- Alper, S. A. (2016). *Mindfulness Meditation in Psychotherapy*. Context Press.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- Anālayo. (2004). *Satipaṭṭhāna: The direct path to realization*. Windhorse Publications.
- Astin, J. A., Goddard, T. G., & Forys, K. (2005). Barriers to the integration of mind-body medicine: Perceptions of physicians, residents, and medical students. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 1(4), 278–283. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2005.04.014>
- Aveni, E., Bauer, B., Ramelet, A.-S., Kottelat, Y., Decosterd, I., Finti, G., Ballabeni, P., Bonvin, E., & Rodondi, P.-Y. (2016). The Attitudes of Physicians, Nurses, Physical Therapists, and Midwives Toward Complementary Medicine for Chronic Pain: A Survey at an Academic Hospital. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(5), 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.001>
- Bhikkhu Bodhi. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 19–39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Bloise, P. V., Andrade, M. C. R., Machado, H., & Andreoli, S. B. (2016). Increasing

awareness and acceptance through mindfulness and somatic education movements.

Advances in Mind-Body Medicine, 30(4), 4–7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27925606>

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. In *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (3º ed, p. 22–41). Artmed.

Britton, W., & Lindahl, J. (2018). *Meditation Safety Toolbox*.

<https://www.brown.edu/research/labs/britton/resources/meditation-safety-toolbox>

Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for stress reduction. *Stress and Health*, 33(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*.

Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS).

<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>

Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 476–484.

Cebolla, A., Demarzo, M. M. P., Martins, P., Soler, J., & García-Campayo, J. (2017).

Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS*

- ONE*, 12(9), e0183137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Cramer, H., Hall, H., Leach, M., Frawley, J., Zhang, Y., Leung, B., Adams, J., & Lauche, R. (2016). Prevalence, patterns, and predictors of meditation use among US adults: A nationally representative survey. *Scientific Reports*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/srep36760>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(06), 990–999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J. G., & Surawy, C. (2012). *Mindfulness-based interventions: Teaching assessment criteria (MBI:TAC)*. The Bangor, Exeter & Oxford. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t28421-000>
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2009). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 63–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.653>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Damião Neto, A., Lucchetti, A. L. G., da Silva Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2019). Effects of a required large-group mindfulness meditation course on first-year medical students' mental health and quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of*

General Internal Medicine. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05284-0>

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198–208.

<https://doi.org/10.1037/a0022062>

de Jonge, P., Wardenaar, K. J., Hoenders, H. R., Evans-Lacko, S., Kovess-Masfety, V., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Dinolova, R. V., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Thornicroft, G. (2018). Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: Results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27*(6), 552–567. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000774>

Decreto n° 79.822, de 17 de junho de 1977: Regulamenta a Lei n° 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências, Brasil (1977).

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D79822.htm

Demarzo, M. M. P. (2015). *Mindfulness e Promoção da Saúde*. Revista Saúde na Comunidade. <https://saudenacomunidade.wordpress.com/2015/03/03/resc2015-e82/>

Demarzo, M. M. P., Andreoni, S., Sanches, N., Perez, S., Fortes, S., & Garcia-Campayo, J. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Perceived Stress and Quality of Life: An Open, Uncontrolled Study in a Brazilian Healthy Sample. *Explore: The Journal of Science and Healing, 10*(2), 118–120.

<https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.005>

Demarzo, M. M. P., Barros, V. V. de, & Oliveira, M. B. de. (2015). Terapia cognitiva baseada em mindfulness. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p.

127–150). Sinopsys.

- Demarzo, M. M. P., & García-Campayo, J. (2015). *Manual prático de mindfulness: Curiosidade e aceitação*. Palas Athenas.
- Demarzo, M. M. P., & Martí, A. C. i. (2016). O que é mindfulness? In A. C. i Martí, M. M. P. Demarzo, & J. García-Campayo (Orgs.), *Mindfulness e ciência: Da tradição à modernidade* (p. 19–36). Palas Athenas.
- dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Fulton, P. R., & Siegel, R. D. (2016). Psicologia budista e psicologia ocidental: Buscando pontos em comum. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 37–58). Artmed.
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Rhoads, R. S. V., Reus, V. I., DePaulo, J. R., Fawcett, J. A., Schneck, C. D., & Silbersweig, D. A. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3º ed). American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (Orgs.). (2009). *Métodos de pesquisa*. UFRGS.
- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 2–36). Artmed.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Orgs.). (2016). *Mindfulness e psicoterapia* (2º

ed). Artmed.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4º ed). Atlas.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6º ed). Atlas.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. Routledge.

Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief mindfulness practices for healthcare providers – A systematic literature review. *The American Journal of Medicine*, *130*(10), 1219.e1-1219.e17.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>

Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, *22*(8), 485–489.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>

Grepmair, L., Mitterlehner, F., & Nickel, M. (2008). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training. *Psychiatry Research*, *158*(2), 265.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.007>

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). 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*, *37*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>

Halliwell, E., & Mental Health Foundation, E. (2010). *Mindfulness report 2010*. Mental Health Foundation.

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – Republished article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2º ed). The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2º ed). The Guilford Press.

- Hinüber, O. von. (2004). Buddhist literature in Pali. In R. E. Buswell (Org.), *Encyclopedia of Buddhism* (p. 625–629). Macmillan Reference, USA.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183.
<https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Julião, A. M., Camargo, A. L. L. S., Cítero, V. de A., Maranhão, M. F., Maluf Neto, A., Paes, Â. T., Glezer, M., Cendoroglo Neto, M., & Schwartsman, C. (2013). Physicians' attitude towards tobacco dependence in a private hospital in the city of São Paulo, Brazil. *Einstein (São Paulo), 11*(2), 158–162. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000200004>
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 281–306.
<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated edition). Bantam.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163–190.
- Kerlinger, F. N., & Rotundo, H. M. (2003). *Metodologia da pesquisa em ciencias sociais: Um tratamento conceitual*. Epu.
- Kristeller, J. L., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness, 5*(3), 282–297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
- Kuppusamy, M., Kamaldeen, D., Pitani, R., Amaldas, J., & Shanmugam, P. (2018). Effects of

- bhramari pranayama on health – A systematic review. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 8(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2017.02.003>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., Cullen, C., Hennelly, S., & Huppert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 126–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness* (25th anniversary edition). Da Capo Press.
- Langer, E. J., & Beard, A. (2017). Mindfulness in the age of complexity. In *Mindfulness* (p. 1–25). Harvard Business Review Press.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971: Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências, Brasil (1971). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5766.htm

- Liem, A. (2019). A comparison of attitudes towards complementary and alternative medicine between psychologists in Australia and Indonesia: A short report. *Integrative Medicine Research*, 8(3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2019.07.004>
- Lim, L., Goh, J., Chan, Y.-H., & Poon, S.-H. (2016). Attitudes toward utility, effects and side effects of treatment for anxiety and depression. *Australasian Psychiatry*, 24(6), 556–560. <https://doi.org/10.1177/1039856216658828>
- Lineham, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lopes, S. A., Vannucchi, B. P., Demarzo, M., Cunha, Â. G. J., & Nunes, M. do P. T. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based intervention in the management of musculoskeletal pain in nursing workers. *Pain Management Nursing*, 20(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.02.065>
- Löwe, B., Schulz, U., Gräfe, K., & Wilke, S. (2006). Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment: What do they really want? *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 39–45. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0266.x>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. da S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p. 29–58). Sinopsys.
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., & Nolan, R. S. (2009). *Mindfulness meditation research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training*. 24(1), 20–30.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79–83.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>

McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51–66.

https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04

McKenzie, S. P., Hassed, C. S., & Gear, J. L. (2012). Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(6), 360–367.

<https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.003>

Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285–294. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x>

Menezes, C. B., de Paula Couto, M. C., Buratto, L. G., Erthal, F., Pereira, M. G., & Bizarro, L. (2013). The improvement of emotion and attention regulation after a 6-week training of focused meditation: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1–11.

<https://doi.org/10.1155/2013/984678>

Menezes, C. B., Pereira, M. G., Mocaiber, I., & Bizarro, L. (2016). Brief meditation and the interaction between emotional interference and anxiety. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322216>

Michalak, J., Crane, C., Germer, C. K., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. V. (2019). Principles for a responsible integration of mindfulness in individual therapy. *Mindfulness*, 10, 799–811. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01142-6>

Michalak, J., Steinhaus, K., & Heidenreich, T. (2018). (How) Do therapists use mindfulness

- in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness*, 11, 401–410. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0929-9>
- Mindfulnessgruppen. (2013). *Mindfulness 9 attitudes: Gratitude and generosity*. <https://www.youtube.com/watch?v=6M-ZJLmP4b4>
- Nascimento, A. R. A. do, & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 72–88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
- National Health Service [NHS]. (2018, agosto 28). *Types of talking therapies*. National Health Service. <https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/types-of-therapy/>
- Nattier, J. (2004). Buddha(s). In R. E. Buswell (Org.), *Encyclopedia of Buddhism* (p. 71–74). Macmillan Reference, USA.
- Neves, R. G., de Pinho, L. B., Gonzáles, R. I. C., Harter, J., Schneider, J. F., & Lacchini, A. J. B. (2012). O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(3), 2502–2509. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140124/000864238.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Norman, K. R. (1997). *A philological approach to Buddhism: The Bukkyō Dendō Kyōkai lectures 1994*. School of Oriental and African Studies.

- Nota de orientação sobre a utilização de práticas integrativas e complementares (PICs) e outras práticas emergentes em Psicologia*, Conselho Regional de Psicologia - 12 Região (2019). <http://crpsc.org.br/public/images/boletins/Nota%20PIC.pdf>
- Olendzki, A. (2016). Glossário de termos em psicologia budista. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 319–327). Artmed.
- Pires, J. G., Nunes, M. F. O., Demarzo, M. M. P., & Nunes, C. H. S. da S. (2016). Instruments for assessing the construct mindfulness: A review. *Revista Avaliação Psicológica*, 14(3), 329–338. <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1403.04>
- Pizutti, L. T., Carissimi, A., Valdivia, L. J., Ilgenfritz, C. A. V., Freitas, J. J., Sopezki, D., Demarzo, M. M. P., & Hidalgo, M. P. (2019). Evaluation of Breathworks' mindfulness for stress 8-week course: Effects on depressive symptoms, psychiatric symptoms, affects, self-compassion, and mindfulness facets in Brazilian health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 970–984. <https://doi.org/10.1002/jclp.22749>
- Pollak, S. M. (2016). Ensinar mindfulness em terapia. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 136–151). Artmed.
- Portaria nº 849, de 27 de março de 2017: Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, Ministério da Saúde (2017). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
- Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006: Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde*, Ministério da Saúde (2006). http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf

- Ramos, M., Marina, V., & Amaral-Rosa, M. (2018). Contribuições do software IRAMUTEQ para a Análise Textual Discursiva. *Investigação Qualitativa em Educação, 1*, 505–514.
https://www.researchgate.net/publication/326446048_Contribuicoes_do_software_IRAMUTEQ_para_a_Analise_Textual_Discursiva
- Ramos, T. P. T. (2015). O que é mindfulness? In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p. 59–80). Sinopsys.
- Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005: Aprova o código de ética profissional do psicólogo*, Conselho Federal de Psicologia (2005). <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Resolução CFP nº 013/07, de 14 de setembro de 2007: Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*, Conselho Federal de Psicologia (2007). https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Ricard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014). Mind of the meditator. *Scientific American, 311*, 38–45. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1114-38>
- Robinson, R. H., Johnson, W. L., Wawrytko, S. A., & Thanissaro Bhikkhu. (1996). *The Buddhist religion: A historical introduction* (4º ed). Wadsworth Pub Co.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Veronese, M. A. V. (2000). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Grupo A - Artmed.
<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3234905>
- Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic

- review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1445(1), 5–16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289–297. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>
- Salviati, M. E. (2017). *Manual do Aplicativo Iramuteq*. <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
- Santorelli, S. F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L., & Kabat-Zinn, J. (2017). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide*.
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Fleer, J. (2016). Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7(6), 1339–1346. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0575-z>
- Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Relaxation Techniques*, 27, 466–475.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2^o ed). Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shorofi, S. A., & Arbon, P. (2017). Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: Knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 27, 37–45.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.001>

Smith, H., & Novak, P. (2003). *Buddhism: A concise introduction*. PerfectBound.

Souza, M. A. R. de, Wall, M. L., Thuler, A. C. de M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52(0).

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>

Sturgis, P. (2010). Levantamento e amostragem. In *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (3^o ed, p. 116–132). Artmed.

Sullivan, M., Leach, M., Snow, J., & Moonaz, S. (2017). Understanding North American yoga therapists' attitudes, skills and use of evidence-based practice: A cross-national survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 11–18.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.03.005>

Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225.

<https://doi.org/10.1038/nrn3916>

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. de, & Nascimento, M. C. do. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 174–188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>

The British Association of Mindfulness-Based Approaches [BAMBA]. (2019). *Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses*. <https://bamba.org.uk/wp-content/uploads/2019/12/GPG-for-Teaching-Mindfulness-Based-Courses-BAMBA.pdf>

The Mindfulness Initiative. (2018). *The Mindfulness Initiative*.

<http://www.themindfulnessinitiative.org.uk/>

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness

and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43.

<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>

Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M. G., Sanderman, R., Links, T. P., & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427–2434. <https://doi.org/10.2337/dc13-2918>

Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Sanderman, R., Links, T. P., Emmelkamp, P. M. G., & Fleer, J. (2015). Long-term effects of individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for depressive symptoms in patients with diabetes: A randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 186–187. <https://doi.org/10.1159/000375453>

Trombka, M., Demarzo, M., Bacas, D. C., Antonio, S. B., Cicuto, K., Salvo, V., Claudino, F. C. A., Ribeiro, L., Christopher, M., Garcia-Campayo, J., & Rocha, N. S. (2018). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness training to reduce burnout and promote quality of life in police officers: The POLICE study. *BMC Psychiatry*, 18(151), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1726-7>

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36–61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>

Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness in cognitive and behavioral therapies. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35–44.

<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20060004>

- VandenBos, G. R., & American Psychological Association [APA] (Orgs.). (2015). *APA dictionary of psychology* (Second Edition). American Psychological Association.
- Wang, Y., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(5–6), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jocn.14696>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, *30*(02), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., Napadow, V., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *20*(3), 207–225. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1715212>
- WHO traditional medicine strategy. 2002-2005.* (2002). World Health Organization. http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
- WHO traditional medicine strategy. 2014-2023.* (2013). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Williams, J. M. G., & Penman, D. (2015). *Atenção Plena*. Sextante.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (Orgs.). (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psychophysiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, artigo 353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>

5.2 Artigo 2. Descrevendo Mindfulness: Estudo com Psicólogos Clínicos Brasileiros

5.2.1 *Resumo*

Mindfulness é um tema que tem recebido relevância decorrente das evidências de eficácia para uma série de condições de saúde, em especial, de saúde mental. O objetivo do presente estudo de levantamento foi caracterizar o conhecimento sobre mindfulness declarado pelos psicólogos clínicos brasileiros. Para tanto, 417 psicoterapeutas responderam a um questionário *online* sobre conhecimento de mindfulness, contendo perguntas com respostas categóricas fechadas e uma pergunta aberta solicitando que descrevessem, em suas palavras, o que era mindfulness. Dados quantitativos foram analisados por frequências e proporções e a associação entre variáveis categóricas (sexo, idade, conhecimento e nível de conhecimento) foi analisada com teste de *chi-quadrado* ($p < .05$). Os dados qualitativos da pergunta aberta foram analisados pelo método de classificação hierárquica descendente, agrupando os conteúdos em classes – agrupamentos de segmentos de texto com vocabulário homogêneo. A associação entre classes resultantes e variáveis categóricas foi analisada usando teste de *chi-quadrado* ($p < .05$). Como resultado, pouco mais da metade (56%) dos psicólogos considera ter conhecimento sobre mindfulness e quase metade (47%) declarou nível de conhecimento pouco. Foram identificadas cinco classes de descrição: ausência de conhecimento, efeitos, abordagem terapêutica, técnicas e definição operacional. Houve associação significativa entre conhecimento, nível de conhecimento e as classes. Concluindo, considerou-se que os resultados refletem a necessidade de desenvolver programas de orientação e treinamento em mindfulness, além de integrá-los no currículo da formação acadêmica em psicologia, capacitando o psicólogo a fornecer ao cliente informações, recomendações, considerações ou aplicação de mindfulness no contexto da prática clínica.

Palavras-chave: conhecimento, prática profissional, psicologia, atenção plena.

5.2.2 *Abstract*

Mindfulness has received relevance due to the evidence of efficacy for a number of health conditions, such as mental health. The objective of this survey study was to characterize the knowledge about mindfulness declared by Brazilian clinical psychologists. Thus, 417 psychotherapists answered an online questionnaire about knowledge of mindfulness containing questions with categorical answers and an open question asking them to describe, in their words, what mindfulness was. Quantitative data was analyzed by frequencies and proportions, and the association between categorical variables (sex, age, knowledge and level of knowledge) was analyzed using the chi-square test ($p < .05$). The qualitative data was analyzed using descending hierarchical classification method, grouping the content into classes of text segments with homogeneous vocabulary. The association between classes and categorical variables was analyzed using the chi-square test ($p < .05$). As result, just over half (56%) of psychologists consider themselves to have knowledge about mindfulness and almost half (47%) declared their level of knowledge as low. Five classes of description were identified: lack of knowledge, effects, therapeutic approach, techniques and operational definition. There was a significant association between knowledge, level of knowledge and classes. In conclusion, it was considered that results reflect the need to develop orientation and training programs in mindfulness, also integrating them into the academic curriculum in psychology, enabling the psychologist to provide client with information, recommendations, considerations or application of mindfulness in the context of clinical practice.

Keywords: knowledge, professional practice, psychology, mindfulness.

5.2.3 Resumen

La atención plena ha recibido relevancia debido a la evidencia de eficacia para una serie de condiciones de salud, como la salud mental. El objetivo de esta encuesta fue caracterizar el conocimiento sobre *mindfulness* declarado por los psicólogos clínicos brasileños. Por lo tanto, 417 psicoterapeutas respondieron un cuestionario *online* sobre el conocimiento de la atención plena que contenía preguntas con respuestas categóricas y una pregunta abierta pidiéndoles que describieran, en sus palabras, qué era la atención plena. Los datos cuantitativos se analizaron por frecuencias y proporciones, y la asociación entre variables categóricas (sexo, edad, conocimiento y nivel de conocimiento) se analizó mediante la prueba de *chi-cuadrado* ($p < .05$). Los datos cualitativos se analizaron utilizando el método de clasificación jerárquica descendente, agrupando el contenido en clases de segmentos de texto con vocabulario homogéneo. La asociación entre clases y variables categóricas se analizó mediante la prueba de *chi-cuadrado* ($p < .05$). Como resultado, poco más de la mitad (56%) de los psicólogos se considera que tienen conocimiento sobre la atención plena y casi la mitad (47%) declaró que su nivel de conocimiento es bajo. Se identificaron cinco clases de descripción: falta de conocimiento, efectos, enfoque terapéutico, técnicas y definición operacional. Hubo una asociación significativa entre el conocimiento, el nivel de conocimiento y las clases. En conclusión, se consideró que los resultados reflejan la necesidad de desarrollar programas de orientación y capacitación en *mindfulness*, integrándolos también en el plan de estudios académico en psicología, permitiendo al psicólogo proporcionar al cliente información, recomendaciones, consideraciones o aplicación de *mindfulness* en el contexto de la práctica clínica.

Palabras clave: conocimiento, práctica profesional, psicología, atención plena.

5.2.4 Introdução

Mindfulness, mais comumente traduzido para o português como *Atenção Plena*, é um termo amplo que pode ser conceituado sob algumas perspectivas. Enquanto construto, a concepção *ocidental* de *mindfulness* é mais representada pelo trabalho de Ellen Langer e colegas, considerando-o como um processo cognitivo ativo de notar coisas novas (Langer & Moldoveanu, 2000). Ao fazer isso, a pessoa é situada no presente, tornando-se mais sensível, flexível e adaptável ao ambiente. Também gera maior abertura a novas informações, percebendo perspectivas diferentes na solução de problemas. Langer pontua que isso não é um processo cognitivo “frio”: realizar ativamente o processo de novas distinções envolve o indivíduo como um todo, ou seja, a percepção do ambiente, a sensação de presença, e amplia consciência de múltiplas perspectivas (Langer, 2014; Langer & Moldoveanu, 2000). *Mindfulness* é apresentado em oposição ao *mindlessness* – uma forma de agir no piloto automático, limitante, formado por categorizações construídas e rígidas que orientam a percepção das coisas e situações sob uma perspectiva única, restringindo a visão do contexto e resultando em inflexibilidade (Langer, 2014; Langer & Beard, 2017).

Outra concepção *mindfulness* apresenta uma perspectiva filosófica de origem *oriental*, fundamentada na tradição budista. No coração do sistema de meditação budista existe uma disciplina chamada *mindfulness* (*sati*) (Bhikkhu Bodhi, 2011). Tal disciplina é apresentada como um método para alívio do sofrimento por meio do treinamento de uma forma de atenção, um método de observação ativa e de consciência lúcida do corpo, dos sentimentos, da mente e dos fenômenos mentais. Na filosofia budista, as *Quatro Nobres Verdades* propostas por Buda poderiam ser consideradas como analogias ao diagnóstico, etiologia, prognóstico e plano de tratamento para uma condição: (a) existe sofrimento; (b) a

origem do sofrimento é o desejo ou apego; (c) o fim do sofrimento é a eliminação do desejo, a aceitação; e (d) o caminho para o fim do sofrimento consiste em oito diretrizes éticas, conhecidas como *Nobre Caminho Óctuplo*. Mindfulness configura como uma destas oito diretrizes (Bhikkhu Bodhi, 2011; Germer, 2016; Olendzki, 2016).

A partir da perspectiva filosófica budista surge uma outra perspectiva conceitual e contemporânea de mindfulness enquanto constructo, entendido como um estado de consciência, que envolve componentes como propósito e intencionalidade; atenção à experiência interna e externa que acontece momento a momento; e o cultivo de atitudes como curiosidade, paciência, aceitação, abertura e não julgamento da experiência (Shapiro et al., 2006; Williams et al., 2007). Sob esta perspectiva enquanto constructo, mindfulness frequentemente é considerado tanto um estado quanto um traço psicológico, chamado de *mindfulness disposicional*, e que está associado a processos cognitivos adaptativos e de regulação emocional (Tomlinson et al., 2018).

Sob uma perspectiva prática e contemporânea, mindfulness foi incorporado no contexto de saúde por meio de programas clínicos de intervenção, chamados de *programas baseados em mindfulness (mindfulness-based programs [MBP])*. A partir da filosofia budista, Jon Kabat-Zinn propôs um protocolo sistematizado e secularizado de técnicas e princípios baseados em mindfulness com o objetivo de tornar acessível ao ocidente conhecimentos e práticas advindos de filosofias orientais para o alívio do sofrimento (Kabat-Zinn, 2011). Tal protocolo, chamado de *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)*, foi oferecido no contexto hospitalar como um treinamento grupal breve, composto de oito sessões, com frequência de uma sessão por semana e duração de três horas, em média, por sessão. Em cada sessão, são ensinadas técnicas baseadas em mindfulness e elementos de psicoeducação. Entre cada sessão, os participantes realizam o treino diário das técnicas para desenvolver as habilidades e atitudes envolvidas em mindfulness, de forma que a manutenção do

aprendizado e a continuidade no treinamento se mantêm possível mesmo depois do término do programa. Através deste modelo, também se tornou possível sua inserção no contexto científico oferecendo uma estrutura aderente aos métodos de pesquisa com ensaios clínicos randomizados para validação de eficácia (Kabat-Zinn, 2011; Segal et al., 2013).

Com resultados promissores, os MBP passaram a ser difundidos, originando outros programas específicos para diversas condições de saúde – em especial, de saúde mental (Lustyk et al., 2009). Uma meta-análise contemplando 1,140 participantes de 39 estudos indicou que programas baseados em mindfulness tiveram eficácia moderada na redução de sintomas de ansiedade e depressão (Hofmann et al., 2010). Também foram verificados efeitos relacionados a hábitos alimentares em 68 estudos utilizando MBP, argumentando-se que são promissores quanto à redução da compulsão alimentar, da ingestão emocional e externa, gerando mudanças positivas nos hábitos alimentares (Warren et al., 2017). Há evidências sobre a diminuição do risco de recaída em depressão entre participantes de MBP, segundo meta-análise com dados de 1,258 pacientes em nove estudos, sugerindo eficácia na prevenção de recaídas em pacientes com depressão recorrente, particularmente quando apresentam sintomas residuais mais severos (Kuyken et al., 2016). Há indícios da redução no risco de recaída em uso de substâncias e uso excessivo de bebida por participantes de MBP em cuidados pós-tratamento para transtorno por uso de substância, mencionando que as práticas de mindfulness ajudam a desenvolver a capacidade de monitorar e manejar o desconforto associado a fissura, desejo ou afeto negativo (Bowen et al., 2014).

Por sua aproximação e aplicação em desconfortos e transtornos mentais, como estresse, ansiedade, depressão, compulsão alimentar, abuso de substâncias, e outros (Majeed et al., 2018; Rusch et al., 2019; Wells et al., 2020), pode-se esperar que haja interesse e demanda quanto a estas abordagens por parte de clientes e psicoterapeutas. Contudo, pouco é sabido sobre o conhecimento que psicólogos clínicos possuem sobre mindfulness (seja

enquanto construto, filosofia ou prática em saúde), o que afeta diretamente a capacidade de orientar, recomendar e/ou aplicar aos clientes. Este estudo com finalidade descritiva e exploratória, realizou um levantamento com psicoterapeutas brasileiros para caracterizar o conhecimento sobre mindfulness descrito pelos profissionais.

5.2.5 Método

5.2.5.1 Participantes

Foram convidados 6,100 psicólogos de todas as regiões do Brasil, de várias abordagens psicoterapêuticas e diferentes nível de formação acadêmica, sem restrição quanto ao sexo. Destes, 601 responderam ao questionário, representando uma taxa de resposta de, aproximadamente, 10%. Após critérios de inclusão e exclusão (idade superior a 18 anos, ter graduação concluída em Psicologia, ter registro ativo em um dos 23 Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), declarar atuar com psicologia clínica), formou-se uma amostra não-probabilística por conveniência com 417 psicólogos, superior à amostra mínima esperada de 361 participantes, conforme cálculo amostral para populações finitas.

5.2.5.2 Instrumentos

O instrumento Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre Mindfulness foi desenvolvido para este estudo, contendo 41 perguntas. As perguntas fechadas foram analisadas em outra publicação com ênfase quantitativa. Para o presente trabalho, foram consideradas as questões: sexo, idade, “Você considera ter conhecimento sobre mindfulness?” com alternativas de respostas “sim” ou “não”; “Como você classifica seu conhecimento geral sobre mindfulness?” com alternativas

de resposta “inexistente”, “pouco”, “razoável”, “muito” e “total”; e “Em suas palavras, descreva o que é mindfulness” com resposta aberta. O instrumento não especificou mindfulness sob nenhuma perspectiva conceitual ou aplicada para evitar indução ou restrição das respostas. O questionário foi testado em duas etapas com 14 profissionais da área de saúde, com ou sem experiência ou conhecimento prévio de mindfulness. Os participantes do piloto foram excluídos da amostra da coleta dos dados.

5.2.5.3 Procedimentos de coleta de dados

O *weblink* para acessar e preencher o questionário digital e *online* foi enviado para o endereço eletrônico da amostra, juntamente com uma carta-convite detalhando o propósito da pesquisa, ficando disponível por 50 dias entre os meses de abril a maio de 2019. As respostas à pergunta aberta foram digitadas pelos participantes, sendo que o campo de resposta possuía limite de 500 caracteres. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº 3.121.121 de 21/12/2018 e todos os participantes confirmaram o Termo de Concordância antes de responder ao questionário.

5.2.5.4 Análise de Dados

Os dados quantitativos de sexo, idade, conhecimento e nível de conhecimento sobre mindfulness foram analisados utilizando o *software* Stata versão 14.0 para verificar frequências e proporções. A associação entre as categorias de respostas foi verificada utilizando o teste de *chi-quadrado* (χ^2) com significância estatística de $p < .05$. Os dados qualitativos foram estudados por análise de conteúdo associada ao método de classificação

hierárquica descendente (CHD), também chamado de método de Reinert. Inicialmente, foram realizadas cinco rodadas de leitura do material para identificação de elementos recorrentes; revisão gramatical e ortográfica; identificação de categorias gerais; aprofundamento da familiaridade com o conteúdo; e preparação do *corpus* textual, ou seja, o conjunto inicial e monotemático dos textos que se pretendeu analisar – neste caso, composto por todas as respostas à pergunta “Em suas palavras, descreva o que é mindfulness”.

Seguiu-se a análise lexicográfica das respostas utilizando o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) versão 0.7. Foram seguidas as recomendações para preparo do *corpus* e dos parâmetros para importação no software (Camargo & Justo, 2018; Salviati, 2017). A frequência absoluta de palavras (f) foi analisada através da nuvem de palavras. O software classificou o corpus em *segmentos de texto* (ST), resultando em partições baseadas na frequência das raízes das palavras. Como produto, as descrições de mindfulness foram agrupadas em *classes* que compartilham significados dos segmentos de texto particionados (Camargo & Justo, 2018; Nascimento & Menandro, 2006; Salviati, 2017; Souza et al., 2018). Então, os segmentos de texto que compuseram cada classe foram examinados apoiando-se na análise de conteúdo, identificando-se os temas, e as classes foram nomeadas com base na teoria. Por fim, para cada classe foi verificada a associação com as palavras-temas e com as variáveis categóricas sexo, idade, conhecimento e nível de conhecimento sobre mindfulness utilizando o teste de *chi-quadrado* (χ^2) e significância estatística de $p < .05$.

5.2.6 Resultados

Dos 417 participantes, a maioria (79.14%, 330) era do sexo feminino (Tabela 14). As idades foram agrupadas em categorias: 14.39% (60) tinha entre 25 e 29 anos; 40.53%

(169) tinha entre 30 e 39 anos; 24.70% (103) tinha entre 40 e 49 anos e 20.38% (85) tinha 50 anos ou mais. Sobre conhecimento de mindfulness, pouco mais da metade (55.88%, 233 “sim” versus 44.12%, 184 “não”) considerou possuir conhecimento. Não houve associação estatisticamente significativa entre conhecimento e sexo, ($\chi^2 = .15$, $gl = 1$, $N = 417$, $p = .094$); nem entre conhecimento e os grupos de idade ($\chi^2 = 6.39$, $gl = 3$, $N = 417$, $p = .69$).

O nível de conhecimento foi categorizado em: inexistente (18.47%, 77); pouco (46.76%, 195); razoável (29.02%, 121); muito (4.32%, 18); e total (1.44%, 6). Ou seja, a maior parte dos psicólogos clínicos declarou possuir pouco conhecimento, e a menor parte declarou possuir total conhecimento. Também não houve associação significativa entre nível de conhecimento e sexo ($\chi^2 = 7.65$, $gl = 4$, $N = 417$, $p = .10$) ou grupos de idade ($\chi^2 = 9.63$, $gl = 12$, $N = 417$, $p = .648$).

Tabela 14

Frequência das Respostas Para as Questões Categóricas Sexo, Idade, Conhecimento e Nível de Conhecimento Sobre Mindfulness (N = 417)

Pergunta	N (%)
Sexo (Q.2)	
Feminino	330 (79.10)
Masculino	87 (20.90)
Idade (anos completos) (Q.3)	
25-29	60 (14.39)
30-39	169 (40.53)
40-49	103 (24.70)
50 ou mais	85 (20.38)
Você considera ter conhecimento de mindfulness? (Q.12)	
Sim	233 (55.88)
Não	184 (44.12)

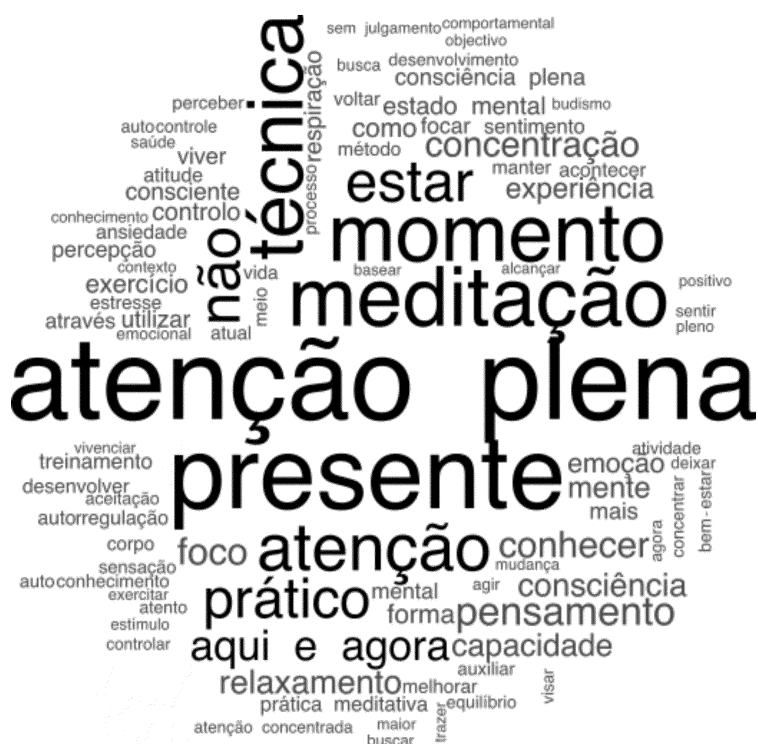
Como você classifica seu conhecimento sobre mindfulness (Q.13)

Inexistente	77 (18.47)
Pouco	195 (46.76)
Razoável	121 (29.02)
Muito	18 (4.32)
Total	6 (1.44)

Utilizando inicialmente a análise de nuvem de palavras (Figura 8), que oferece uma visão geral sobre a descrição de mindfulness pelos profissionais, as dez palavras ou termos mais frequentes foram “atenção plena” ($f = 123$), “presente” ($f = 108$), “meditação” ($f = 85$), “momento” ($f = 83$), “técnica” ($f = 79$), “atenção” ($f = 65$), “não” ($f = 57$), “estar” ($f = 55$), “prático” ($f = 53$), “aqui e agora” ($f = 37$).

Figura 8

Nuvem de Palavras da Descrição de Mindfulness Pelos Psicólogos (Q.14, N = 417)



Para a análise por CHD, os 417 textos foram divididos em 419 segmentos de texto (ST), com média de 10 formas por segmento. Foram registradas 4,111 ocorrências, sendo 835 formas distintas e 493 palavras com ocorrência única. A análise CHD teve aproveitamento de 84.01% (ST = 352), acima da referência mínima de 75% (Camargo & Justo, 2018) e resultou em cinco classes (Figura 9). Na primeira partição, derivaram dois *subcorpus* acerca do conhecimento sobre mindfulness: um conjunto indicou a falta de conhecimento, resultando na classe 1, que recebeu o nome de “Ausência de Conhecimento”; o outro conjunto indicou a presença de conhecimento. A partir deste, ramificou-se a segunda partição, gerando dois subcorpus sobre o tipo de conhecimento: um deles formou a classe 5, nomeada de “Definição Operacional”; o outro conjunto, sobre conhecimento aplicado, gerou uma terceira partição. Desta, derivaram a classe 2, chamada de “Efeitos”, e mais um conjunto sobre o formato aplicado. Este último conjunto resultou na classe 3, nomeada “Abordagem Terapêutica”, e na classe 4, nomeada “Técnicas”. Os exemplos de segmentos de texto característicos de cada classe são apresentados atribuindo um código (id) ao participante para preservar sua identidade.

Figura 9

Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente Sobre a Descrição de Mindfulness Pelos Psicólogos Brasileiros (Q.14, N = 417, p < .05)

Classe 1 Ausência de Conhecimento (ST = 47, 13.35%)	Classe 5 Definição Operacional (ST = 98, 27.84%)	Classe 3 Abordagem Terapêutica (ST = 60, 17.05%)	Classe 4 Técnicas (ST = 83, 23.58%)	Classe 2 Efeitos (ST = 68, 18.18%)
Variável associada χ^2	Variável associada χ^2	Variável associada χ^2	Variável associada χ^2	Variável associada χ^2
Conhec.: não 63.62	Sexo: feminino 4.67	Nenhuma	Nível: pouco 14.96	Idade: \geq 50 anos 5.96
Nível: nenhum 181.27	Conhec.: sim 44.96	Palavra χ^2	Palavra χ^2	Nível: total 4.15
Palavra χ^2	Nível: razoável 22.97	atenção plena 87.09	meditação 102.27	Palavra χ^2
não 290.87	Nível: muito 6.73	desenvolver 24.09	técnica 72.08	controle 44.82
conhecer 152.36	Palavra χ^2	busca 18.97	relaxamento 69.91	concentração 43.47
	momento 149.85	autocontrole 10.63	saúde 19.78	estado mental 40.25
	presente 128.38	alcançar 9.61	respiração 16.14	concentrar 27.47
	estar 88.55	objetivo 6.62	utilizar 16.14	pleno 22.82
	pensamento 39.11	método 6.62	indivíduo 13.11	capacidade 22.13
	aqui e agora 31.07	abordagem 5.27	forma 10.79	melhorar 22.05
	consciente 22.48	partir 5.27	autoconhecimento 9.08	autorregulação 18.58
	consciência 19.32	relacionado 5.27	processo 8.96	consequentemente 18.20
	percepção 19.04	visar 4.69	através 8.33	desenvolvimento 17.41
	viver 19.04		exercícios 7.58	estresse 17.41
	acontecer 18.51		oriental 5.94	buscar 13.03
	sentimento 17.13		basear 5.94	trazer 13.03
	atento 15.82		mental 4.81	prática meditativa 12.10
	ser 14.57			atenção 11.10
	estado 14.57			mente 10.01
	manter 14.50			emocional 9.65
	emoção 14.23			equilíbrio 9.65
	exercitar 13.14			qualidade de vida 8.78
	corpo 11.91			foco 7.76
	experiência 10.92			
	perceber 9.36			

5.2.6.1 Classe 1: Ausência de Conhecimento

A classe 1 correspondeu a cerca de 13% do corpus, contendo 47 ST. O conteúdo desta classe correspondeu à falta de conhecimento dos psicólogos clínicos sobre mindfulness, agrupando respostas como “desconheço”, “não conheço” ou “não sei”. Esta classe está significativamente associada à categoria de conhecimento “não”, e ao nível de conhecimento

“nenhum”. Isso sugere congruência dos participantes que, ao selecionarem respostas que indicam não possuírem conhecimento, descreveram não saber o que é mindfulness.

5.2.6.2 Classe 2: Efeitos

A classe 2 correspondeu a cerca de 19% do corpus e foi formada por 68 ST. Palavras como “controle”, “concentração”, “capacidade”, “melhorar”, “autorregulação” e “qualidade de vida” exemplificam o conteúdo relacionado aos efeitos de mindfulness, segundo os psicólogos. Esta classe está significativamente associada ao grupo com idade 50 anos ou mais e com o nível de conhecimento “total”, sugerindo que psicólogos nesse grupo de idade e/ou que consideram possuir total conhecimento sobre o tema identificam mindfulness através de seus efeitos.

Algumas respostas características desta classe são: “método que tem como finalidade aprender a controlar a ansiedade. Pela meditação, chegar a autorregulação da atenção para controle da situação, sem afetação que desdobra para ansiedade e/ou estresse” (id100); “capacidade que o indivíduo tem de se concentrar nas próprias experiências, controlando seu estado mental, buscando abrandar o estresse do dia a dia para melhorar suas capacidades mentais e, conseqüentemente, manter o equilíbrio emocional” (id159); “estratégias de atenção plena para qualidade de vida e redução de estresse” (id318); “uma ferramenta de atuação que leva o indivíduo ao estado mental de controle sobre a capacidade de concentração” (id386). Desta forma, os conteúdos da classe 2 descrevem mindfulness enquanto seus efeitos, sejam decorrentes da prática ou enquanto mindfulness disposicional.

5.2.6.3 Classe 3: Abordagem Terapêutica

A classe 3 representa cerca de 17% do corpus, formada de 60 ST. Palavras e termos como “atenção plena”, “objetivo”, “método” e “abordagem” sugerem um conteúdo relacionado à mindfulness enquanto uma abordagem ou método em prática terapêutica, um meio para obtenção de resultados. Não há variáveis associadas significativamente com esta classe.

Algumas respostas que caracterizam a classe são: “método de meditação focada” (id101); “uma prática de atenção plena que trabalha exercícios neurológicos com métodos que se desenvolveram a partir das práticas meditativas” (id109); “uma metodologia que utiliza práticas meditativas orientais como meio para estar com a atenção plena no presente e também para desenvolver o hábito de estar mais presente”(id 2017); “abordagem da moda para buscar bem estar” (id391). Os conteúdos agrupados nesta classe sugerem a percepção de um método, cujo termo “atenção plena” designaria o nome de tal método ou abordagem, que compreenderia um conjunto de técnicas organizadas e estruturadas, aplicadas para atingir um objetivo ou resultado.

5.2.6.4 Classe 4: Técnicas

Os conteúdos da classe 4 representam cerca de 24% do corpus e são formados por 83 ST. Alguns dos elementos que caracterizam esta classe são “meditação”, “técnica”, “relaxamento”, “respiração”, “utilizar” e “exercícios”. Esta classe está significativamente associada com a categoria de nível de conhecimento “pouco”, indicando que os psicólogos que declararam possuir pouco conhecimento sobre o tema conceituaram mindfulness enquanto técnicas.

Algumas respostas ilustram o entendimento de mindfulness nesta classe: “técnica de meditação através do exercício de focalização da atenção junto com forma correta de respiração. Forma de tratamento principal e ou complementar para bem saúde integral” (id161); “técnica de meditação de origem budista que vem sido apropriada pelo ocidente deslocando a técnica atenção plena e respiração da filosofia que a originou. Processo de secularização da filosofia budista ou, como alguns críticos apontam, uma forma de budismo sem budismo” (id317); “atenção plena é uma técnica meditativa aplicada por profissionais da saúde que agregada à psicoterapia. Auxilia o indivíduo a se perceber individualmente ou no meio” (id389); “é uma técnica de meditação ou relaxamento na qual a pessoa se coloca inteiramente presente e em uma postura de aceitação de seus pensamentos de forma incondicional e sem julgamento” (id395). Neste sentido, os conteúdos desta classe descrevem mindfulness no sentido prático como técnicas isoladas, sem estarem integradas a um conjunto ou sistema mais amplo de conceitos ou teorias, como um método ou abordagem.

5.2.6.5 Classe 5: Definição Operacional

A classe 5 compreendo a maior porção do corpus (28%), incluindo 98 ST. Os termos que mais representam essa classe são “momento”, “presente”, “consciência”, “percepção” e “atento”. Ela está significativamente associada com as categorias de variáveis sexo feminino, conhecimento “sim”, e níveis de conhecimento “razoável” e “muito”. Isso sugere que participantes do sexo feminino tendem a descrever mindfulness mais enquanto um construto. Também indica que psicólogos que declararam possuir moderado ou muito conhecimento sobre mindfulness o conceituaram em termos operacionais.

Exemplificam a descrição de mindfulness enquanto definição operacional as seguintes respostas: “apropriar-se da habilidade de estar presente no momento atual vivido,

algo atualmente extremamente contraditório com a cultura instituída da necessidade de saber tudo de todos e de tudo; e, assim, entrando em contato com seus pensamentos, sentimentos, emoções, ações etc., ampliando a consciência para todas as áreas da própria vida” (id129); “ação de estar atento de forma consciente, sem julgamento, no momento presente” (id191); “estar atento ao momento presente. Viver e experimentar, momento a momento e sem julgamento, apenas com atenção e curiosidade” (id 202); “é a atenção plena no momento presente. É estar consciente e atento sobre o que acontece à nossa volta, com nossas emoções e com nosso corpo” (id212). Desta forma, os conceitos apresentados pelos psicólogos nesta classe se aproximam da ideia de uma definição operacional de mindfulness enquanto construto, enquanto qualidade mental, ou mindfulness disposicional.

5.2.7 Discussão

Os resultados sobre a descrição de mindfulness são coerentes com a literatura, que relatou haver tanto profissionais de saúde que declaram não possuir conhecimento para conceituar mindfulness (como ocorreu na classe 1, “ausência de conhecimento”) quanto profissionais que declaram possuir específico sobre mindfulness, inclusive descrevendo seus efeitos (como observado na classe 2, “efeitos”) (McKenzie et al., 2012). Dentro do conceito de mindfulness, também é percebida a distinção entre mindfulness como construto (classe 5, definição operacional) e mindfulness aplicado, sendo considerado tanto como técnica isolada (como apareceu na classe 4, “técnicas”) ou de forma mais ampla, como um programa ou abordagem (de forma análoga à classe 3, “abordagem terapêutica”) (Germer, 2016; Michalak et al., 2018).

Quase metade (44%) dos psicólogos declararam não possuir conhecimento de mindfulness, e cerca de 19% declarou conhecimento inexistente. A classe 1, “ausência de

conhecimento”, representou cerca de 13% do corpus textual sobre descrição de mindfulness, com psicólogos respondendo não saber ou não conhecer sobre o tema. Tal prevalência é esperada, uma vez que os estudos sobre mindfulness no Brasil ainda são recentes, e a maior parte dos estudos científicos sobre o tema estão disponibilizados em inglês.

A classe 2, “efeitos”, está associada com conhecimento total, sugerindo que psicólogos que declararam possuir total conhecimento sobre mindfulness o descrevem por meio de seus efeitos. Este achado é sustentado por um estudo de método misto realizado com estudantes de medicina com e sem exposição a um programa baseado em mindfulness (McKenzie et al., 2012). Quando perguntados porque recomendariam ou ministrariam mindfulness a seus pacientes, os estudantes sem exposição declararam não saber o suficiente para expressar uma opinião sobre o tema, enquanto os alunos com exposição a mindfulness listaram motivos específicos tanto em termos práticos (como custo-benefício, evidências científicas, ou benefícios relatados a partir da prática pessoal), quanto de efeitos sobre ansiedade, depressão e transtornos de abuso de substâncias.

Apesar de haver uma associação significativa entre nível de conhecimento e a descrição com base nos efeitos, todas as respostas remeteram apenas aos resultados positivos (benefícios) de mindfulness. Contudo, cabe pontuar que também há efeitos adversos e mesmo situações de contraindicação para o uso de mindfulness ou de práticas meditativas (Van Dam et al., 2018). Num levantamento multicultural sobre os efeitos indesejado das práticas de meditação e mindfulness (Cebolla et al., 2017), 25.4% dos participantes reportou desconfortos durante a prática. Porém, não houve consenso se os efeitos decorreram da prática (reações adversas) eram parte da prática em si, ou se a prática apenas possibilitou percepção de problemas físicos e mentais preexistentes. A respeito da contraindicação, alguns autores recomendam critérios de exclusão para a participação em programas baseados em mindfulness, como abuso de substâncias, alguns transtornos de personalidade, quadro agudo

de outros transtornos mentais ou questões comportamentais, cabendo análise por parte do profissional sobre as condições de participação (Britton & Lindahl, 2018; Santorelli et al., 2017; Segal et al., 2013)

Na classe 3, mindfulness foi caracterizado enquanto “abordagem terapêutica”. Segundo o dicionário da *American Psychological Association*, abordagem designa uma estratégia ou método particular utilizado para atingir um propósito ou objetivo, por exemplo, na prática terapêutica (VandenBos & American Psychological Association [APA], 2015). Desta forma, as descrições de mindfulness nesta classe estão associadas significativamente com as palavras como “abordagem” e “método” de psicoterapia. Embora princípios de mindfulness e conceitos teóricos da psicologia e da filosofia budista possam subsidiar teoricamente uma abordagem ou modelo psicoterapêutico, como é o caso das Psicoterapias Informadas em Mindfulness (*mindfulness-informed programs* [MIP]), existe um entendimento de que mindfulness, em si, não se trata de uma abordagem ou método psicoterapêutico (Chiesa & Malinowski, 2011; Crane et al., 2017; Germer, 2016). As MIP, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes et al., 2016) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) (Lineham, 1993), diferem-se dos Programas Baseados em Mindfulness (MBP), formato através do qual mindfulness ganhou popularidade e pelo qual foram realizadas pesquisas científicas e estudos clínicos de validação. Os MBP também são inspirados em princípios do budismo e de mindfulness, mas estão formatadas como programas ou protocolos clínicos de intervenção breve, consistindo em um treinamento sistemático das técnicas formais de meditação para desenvolver certas habilidades e atitudes – mindfulness disposicional – e não são abordagens psicoterapêuticas propriamente ditas. Exemplos de MBP são o *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBCR) (Kabat-Zinn et al., 1985) e o *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) (Williams & Kabat-Zinn, 2011).

Logo, os MBP não consistem em modelos ou abordagens psicoterapêuticas, sendo muitas vezes referidos como intervenção complementar ao processo psicoterapêutico.

Na classe 4, predominou o entendimento de mindfulness como técnica, no sentido do uso isolado; um recurso que pode ser usado como parte do processo psicoterapêutico ou independentemente deste, sendo a segunda classe mais representada no corpus textual. Também foi verificada a descrição de mindfulness “técnica” como um exercício de meditação, de respiração ou de relaxamento. De fato, alguns autores identificam *meditação mindfulness* (MM) como um tipo de prática meditativa, alinhada à tradição do budismo. Contudo, essa classificação não é consenso. Existem vários tipos de meditação, podendo ser diferenciadas em termos de processo atencional ou mecanismos cognitivos, por exemplo (Chiesa & Malinowski, 2011; Dahl et al., 2015). Em termos de mecanismo atencional, a *meditação concentrativa* envolve atenção focada num dado objetivo (como uma imagem), minimizando distrações; enquanto que a *meditação mindful* seria uma consciência aberta e não julgadora de sensações e fenômenos mentais, e incluiria um componente de metaconsciência e observação dos conteúdos do pensamento (Chiesa & Malinowski, 2011). Por outro lado, em termos de mecanismo cognitivo, mindfulness não configura como um tipo de meditação. Ao invés disso, seus elementos estão distribuídos em diversas *famílias* meditativas com elementos em comum. Por exemplo: o programa MBSR seria parte da *família atencional*, caracterizada pela regulação da atenção e metaconsciência. Dentro desta família, o MBSR seria uma meditação do tipo *monitoramento aberto orientado a objeto*, ou seja, a atenção está direcionada para quaisquer pensamentos, percepções e sensações que entram no campo da consciência. Por sua vez, o programa MBCT configura tanto na *família atencional* de *monitoramento aberto orientado a objeto* quanto na *família desconstrutiva* (autoinvestigação da experiência consciente), do tipo *insight orientado a objeto*, ou seja, um

processo de autoinvestigação dos objetos da consciência como, por exemplo, as sensações físicas, observando como elas mudam constantemente (Dahl et al., 2015).

Outro aspecto que cabe considerar é a descrição feita de mindfulness como exercícios de respiração ou de relaxamento. Assim como a meditação, os exercícios de respiração são uma categoria ampla, incluindo estratégias respiratórias diversas, como respiração freno labial, respiração abdominal, respiração torácica, treinamento muscular inspiratório, podendo estar associadas ao controle da respiração, modulação de tempo, ritmo e intensidade, por exemplo (Kuppusamy et al., 2018; Wang et al., 2019; Zaccaro et al., 2018). Os exercícios respiratórios são realizados com propósitos variados, como fortalecimento muscular, oxigenação, resistência, estabilização emocional e outros. A respiração está associada à meditação, mas neste contexto não constitui uma finalidade em si. Ao invés, é um meio para sustentar a atenção durante a meditação, geralmente sendo tomada como um objeto atencional – uma âncora para atenção, amplamente disponível (Kabat-Zinn, 2013)

Quanto ao relaxamento, embora o termo seja empregado de forma ampla – geralmente no sentido de descontração e soltura, mas também vinculado a processos psicofisiológicos de inibição do sistema nervoso simpático, redução da tensão muscular, aumento da sensação de bem-estar e equilíbrio – o exercício de relaxamento mais referenciado é o relaxamento muscular progressivo, que consiste em retesar e descontrair progressivamente grupos de músculo, até que todos os grupos musculares estejam relaxados (Albuquerque & Cavalcanti, 1998; Carroll & Seers, 1998; McCallie et al., 2006; Seers & Carroll, 1998). Embora haja uma associação do termo relaxamento com meditação (um estado mente-corpo atento e relaxado, sem focar em algo particular) (Menezes et al., 2016; Ricard et al., 2014) as práticas meditativas características em mindfulness diferem do relaxamento progressivo quanto aos mecanismos (monitoramento aberto *versus* contração muscular) ou objeto (eventos mentais *versus* grupos musculares), apenas para citar breves

exemplos. Ademais, estudos realizados em diversos países, incluindo Brasil, comparando os efeitos de intervenções de meditação (MBSR, MM, Zen e outros) com intervenções de relaxamento indicaram que houve efeitos benéficos advindos do relaxamento, mas que a prática de meditação implicou em efeitos adicionais como redução nos índices de ansiedade traço e estado e aumento da atenção concentrada (Menezes et al., 2013; Tang et al., 2015). Portanto, é esperado que a classe de descrição de mindfulness como técnica isolada, associada à ideia de exercícios de respiração ou de relaxamento, também esteja significativamente associada à categoria de nível de conhecimento “pouco”. Talvez, a falta do conhecimento de mindfulness *por dentro* – decorrente da prática pessoal – acentue a percepção existente no senso comum de que observar a respiração, usando-a meramente como uma âncora de atenção, seja considerado análogo ao mecanismo de um *exercício de respiração*. Assim como uma prática comum nos MBP, conhecida como *escaneamento corporal*, que consiste em observar ativamente as sensações corporais, por ser realizada em posição deitada, seja percebida como um *exercício de relaxamento*. E, o mesmo pode acontecer com o termo “meditação”, quando a realização de qualquer tarefa introspectiva (mesmo que envolva intenso processo cognitivo, como um planejamento de tarefas, ou uma solução de problemas), caso realizada numa postura sentada (ainda mais se com pernas cruzadas e de olhos fechados) seja percebida como um *exercício de meditação*.

Ainda sobre a classe 4, “técnicas”, considerando a aplicação clínica de mindfulness, existe uma tendência quanto ao seu uso como técnica isolada associada ao processo psicoterapêutico individual, considerando-o como um dos muitos recursos de que um psicoterapeuta dispõe para atender à demanda do cliente (Michalak et al., 2018). Assim como já mencionado, mindfulness enquanto prática terapêutica tem sido validada no conjunto de um programa (MBP), realizado predominantemente em formato grupal, ou enquanto fundamentação de abordagens psicoterapêuticas (MIP). Desta forma, o uso isolado de

mindfulness como técnica difere do formato pelo qual mindfulness tem ganho espaço no meio científico e no senso comum. Embora as evidências de eficácia dos MBP já sejam bem conhecidas (Alsubaie et al., 2017; Gu et al., 2015; Kuyken et al., 2016; Lamothe et al., 2016), os estudos para verificar a eficácia do uso isolado de técnicas na clínica ainda são escassos e tal tendência tem se mostrado recente no meio psicoterapêutico. Portanto, a concepção de mindfulness como técnica isolada talvez esteja relacionada com pouco conhecimento sobre as evidências e os métodos de pesquisa relacionados a mindfulness.

Por fim, a classe 5, apresentou uma definição operacional de mindfulness pelos psicólogos. O construto mindfulness tem sido conceituado tanto como traço quanto como estado psicológico (Tomlinson et al., 2018). Não há uma definição operacional acordada, sendo também definido tanto unidimensionalmente (mindfulness) quanto multidimensionalmente (observar, descrever, aceitar, não julgar, curiosidade, atenção, consciência) (Pires et al., 2016; Van Dam et al., 2018). Apesar disso, a definição de mindfulness mais utilizada foi proposta por Jon Kabat-Zinn (2013), considerado fundador dos programas baseado em mindfulness contemporâneos: cultivar a consciência ao prestar atenção, de forma intencional e sem julgamento, à experiência que surge no momento presente. As palavras apresentadas nesta classe – “consciência”, “estar”, “atento”, “experiência”, “pensamento”, “emoção”, “corpo”, “momento”, “presente” – apresentam semelhança com a definição de Kabat-Zinn, talvez indicando ser essa a principal referência para conceituar mindfulness pelos psicólogos que declararam nível de conhecimento razoável ou muito, sugerindo que maior parte dos psicólogos que apresentaram esta descrição tiveram acesso a conteúdos sobre mindfulness provavelmente dentro do escopo contemporâneo dos MBP, mais do que sob a perspectiva cognitiva de Ellen Langer ou sob a perspectiva filosófica do budismo.

Faz-se necessário ressaltar que a busca por práticas meditativas (incluindo as práticas análogas ao mindfulness) e outras chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é expressiva por parte da população, e o tratamento de condições de saúde mental constitui um dos motivos mais relevantes desta busca (Cramer et al., 2016; de Jonge et al., 2018). Apesar disso, a oferta das PIC no sistema de saúde ainda é restrita, e a inserção da temática na formação acadêmica e especializada em saúde também é inicial e limitada (Tesser et al., 2018). Sendo os programas de intervenção baseados em mindfulness essencialmente desenvolvidos para prevenção ou manejo de transtornos mentais, além do potencial para promoção da qualidade de vida e do bem-estar, possivelmente despertam curiosidade em parte da população. Logo, é relevante que profissionais que lidam com saúde mental possuam conhecimento para orientar seus clientes quanto à aplicação de mindfulness num formato baseado em evidências: em que casos os MBP são recomendados ou contraindicados, como acessar este tipo de serviço, como integrar ou não esta prática na psicoterapia, o que se pode esperar destas intervenções, e até como atuar colaborativamente durante o tratamento, caso mindfulness seja ministrado de forma complementar à psicoterapia (McKenzie et al., 2012; Michalak et al., 2019). Desta forma, as implicações deste estudo relacionam-se à reflexão sobre o processo de formação e capacitação dos profissionais. Através das classes identificadas, é possível compreender os temas necessários ou já presentes relacionadas a mindfulness pela concepção dos psicólogos clínicos. Poder-se-á propor alinhamentos teóricos e metodológicos para a elaboração e/ou disponibilização de recursos e conteúdos visando informar e capacitar profissionais sobre este tema, que tem continuamente ganho espaço na mídia e na prática clínica.

Este estudo apresenta limitações relativas à amostra não-probabilística, o que impede a generalização dos resultados a toda a população de psicólogos brasileiros. Contudo, o estudo abrangeu a participação de psicólogos de todas as regiões do país, sendo um ponto

de partida para futuros estudos sobre caracterização do conhecimento de psicoterapeutas sobre mindfulness. Outra limitação decorrente do método amostral está relacionada à saliência de tópico. Por se tratar de uma amostra por conveniência, um possível viés de seleção acarreta em que psicólogos mais interessados pelo tema seriam mais propensos a responderem à pesquisa. Contudo, o e-mail de convite contendo o acesso para o formulário indicou aos participantes que não havia necessidade de conhecer o tema e que seria uma boa oportunidade para expressar a opinião pessoal sobre mindfulness. Ademais, quase metade dos respondentes declarou não possuir conhecimento e mais da metade declarou nível de conhecimento ou “nenhum” e “pouco”, podendo indicar interesse pelo tema, mas não restringindo a participação conforme o nível de conhecimento do respondente.

5.2.8 Considerações Finais

É necessário conhecer para orientar e usar. A busca da população por práticas meditativas para aliviar o sofrimento e promover o bem-estar do cliente já existe e a perspectiva é de que aumente. Um entendimento claro sobre as diversas perspectivas de mindfulness (*o que é e o que não é*) favorece a orientação sobre seu significado, bem como a recomendação ou uso enquanto prática, estabelecendo uma ação colaborativa para atender à demanda do cliente. A prática da psicologia clínica está pautada em princípios éticos e científicos e cabe ao profissional se apropriar dos saberes para auxiliar o cliente em sua demanda. A ação colaborativa também inclui as entidades formadoras, regulatórias e de serviço saúde, que devem estar aptos, disponíveis e responsivas a orientar e capacitar os profissionais, atuando efetivamente no apoio metodológico, científico e legal, fomentando a abertura ao diálogo, considerando novas perspectivas no amplo e complexo contexto de saúde – quem sabe, tornando-se mais *mindful* e menos *mindless*.

5.2.9 Referências

- Albuquerque, M. C. dos S. de, & Cavalcanti, M. do S. L. (1998). Relaxamento: Uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(1), 35–52. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000100004>
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- Bhikkhu Bodhi. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 19–39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Britton, W., & Lindahl, J. (2018). *Meditation Safety Toolbox*. <https://www.brown.edu/research/labs/britton/resources/meditation-safety-toolbox>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS). <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>

- Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 476–484.
- Cebolla, A., Demarzo, M. M. P., Martins, P., Soler, J., & García-Campayo, J. (2017). Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS ONE*, *12*(9), e0183137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, *67*(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Cramer, H., Hall, H., Leach, M., Frawley, J., Zhang, Y., Leung, B., Adams, J., & Lauche, R. (2016). Prevalence, patterns, and predictors of meditation use among US adults: A nationally representative survey. *Scientific Reports*, *6*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/srep36760>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(06), 990–999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(9), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- de Jonge, P., Wardenaar, K. J., Hoenders, H. R., Evans-Lacko, S., Kovess-Masfety, V., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Dinolova, R. V., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Thornicroft, G. (2018). Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: Results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *27*(6), 552–567. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000774>

- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 2–36). Artmed.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). 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, 37*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2º ed). The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated edition). Bantam.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163–190.
- Kuppusamy, M., Kamaldeen, D., Pitani, R., Amaldas, J., & Shanmugam, P. (2018). Effects of bhramari pranayama on health – A systematic review. *Journal of Traditional and Complementary Medicine, 8*(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2017.02.003>

- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, *24*, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness* (25th anniversary edition). Da Capo Press.
- Langer, E. J., & Beard, A. (2017). Mindfulness in the age of complexity. In *Mindfulness* (p. 1–25). Harvard Business Review Press.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, *56*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Lineham, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., & Nolan, R. S. (2009). *Mindfulness meditation research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training*. *24*(1), 20–30.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, *32*, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>

- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 13*(3), 51–66.
https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04
- McKenzie, S. P., Hassed, C. S., & Gear, J. L. (2012). Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. *Explore: The Journal of Science and Healing, 8*(6), 360–367.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.003>
- Menezes, C. B., de Paula Couto, M. C., Buratto, L. G., Erthal, F., Pereira, M. G., & Bizarro, L. (2013). The improvement of emotion and attention regulation after a 6-week training of focused meditation: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013*, 1–11.
<https://doi.org/10.1155/2013/984678>
- Menezes, C. B., Pereira, M. G., Mocaiber, I., & Bizarro, L. (2016). Brief meditation and the interaction between emotional interference and anxiety. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322216>
- Michalak, J., Crane, C., Germer, C. K., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. V. (2019). Principles for a responsible integration of mindfulness in individual therapy. *Mindfulness, 10*, 799–811. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01142-6>
- Michalak, J., Steinhaus, K., & Heidenreich, T. (2018). (How) Do therapists use mindfulness in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness, 11*, 401–410. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0929-9>
- Nascimento, A. R. A. do, & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 6*(2), 72–

88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Olendzki, A. (2016). Glossário de termos em psicologia budista. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 319–327). Artmed.
- Pires, J. G., Nunes, M. F. O., Demarzo, M. M. P., & Nunes, C. H. S. da S. (2016). Instruments for assessing the construct mindfulness: A review. *Revista Avaliação Psicológica, 14*(3), 329–338. <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1403.04>
- Ricard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014). Mind of the meditator. *Scientific American, 311*, 38–45. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1114-38>
- Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1445*(1), 5–16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>
- Salviati, M. E. (2017). *Manual do Aplicativo Iramuteq*.
<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
- Santorelli, S. F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L., & Kabat-Zinn, J. (2017). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide*.
- Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Relaxation Techniques, 27*, 466–475.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2º ed). Guilford Press.

- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Souza, M. A. R. de, Wall, M. L., Thuler, A. C. de M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 52*(0).
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience, 16*(4), 213–225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. de, & Nascimento, M. C. do. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate, 42*(spe1), 174–188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness, 9*(1), 23–43.
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science, 13*(1), 36–61.
<https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- VandenBos, G. R., & American Psychological Association [APA] (Orgs.). (2015). *APA dictionary of psychology* (Second Edition). American Psychological Association.

- Wang, Y., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(5–6), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jocn.14696>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, *30*(02), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., Napadow, V., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *20*(3), 207–225. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1715212>
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (Orgs.). (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.
- Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psychophysiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, artigo 353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de mindfulness já faz parte do cotidiano clínico dos psicólogos brasileiros de diversas abordagens. A proposta original dos MBP possivelmente não previu a sua ampla disseminação e o seu uso no contexto da psicoterapia clínica individual, embora fosse claro o potencial de atendimento às demandas em saúde mental. Após a realização da coleta de dados do presente estudo, chegou ao conhecimento da pesquisadora um trabalho similar, realizado concomitantemente com psicólogos habilitados na Alemanha. Apesar do escopo de investigação menor, focando-se estritamente no uso profissional e pessoal de mindfulness pelos psicoterapeutas, poderia indicar um *zeitgeist* sobre a utilização de mindfulness no contexto da saúde. Portanto, as justificativas que levaram à realização do presente estudo parecem ser compartilhadas por pesquisadores em diferentes culturas e, seus resultados, relevantes para os profissionais em outros locais do mundo.

A recomendação de mindfulness aos clientes no cenário da psicoterapia acontece tanto por profissionais que declaram conhecer muito ou pouco de mindfulness, sugerindo ser uma prática com alta visibilidade, provavelmente decorrente da sua ampla divulgação na mídia, em veículos não-científicos e mais acessíveis ao senso comum. Logo, parece haver interesse dos profissionais por mindfulness. Por outro lado, apesar da maioria dos psicólogos declarar que conhece sobre mindfulness, o nível de conhecimento predominante é nenhum ou pouco, verificado também nas definições fornecidas no estudo qualitativo, em que mindfulness configura como um exercício de meditação (categoria ampla e inespecífica), um exercício de relaxamento ou um exercício de respiração. Além disso, muitos profissionais descrevem mindfulness apenas pelo termo “atenção plena” que, em si, não apresenta uma explicação, sendo apenas a uma tradução imprecisa de “sati” ou de “mindfulness”. Portanto,

faltam recursos para definir mindfulness operacionalmente, bem como os mecanismos envolvidos no construto e na prática.

O presente estudo também corrobora a associação existente entre conhecimento, atitude e uso, verificadas em pesquisas de outras nacionalidades sobre práticas em saúde, na medida em que evidencia que os psicólogos que mais declararam conhecimento sobre mindfulness foram os que mais recomendaram e, também, os que mais aplicaram mindfulness na clínica. Indo além, se o conhecimento de mindfulness advém da experiência prática (“de dentro para fora”), é congruente o achado de que uma proporção maior dos que já participaram de um programa baseado em mindfulness tenha aplicado. Talvez, isso indique uma percepção positiva dos resultados dos MBP; ao ministrarem mindfulness a seus clientes, os psicólogos esperariam compartilhar tais benefícios com eles.

Por outro lado, o acesso ao conhecimento sobre mindfulness pelos psicólogos brasileiros ainda é restrito. A temática não está presente na formação acadêmica em psicologia. Quando está, possivelmente aparece como um subtópico de uma disciplina, ou ministrado por professores competentes academicamente, mas que não possuem a experiência pessoal de mindfulness – abordando mindfulness pela perspectiva teórica, não prática. Proporcionar aos alunos da graduação em psicologia e nas demais áreas de saúde a oportunidade de participar de intervenções baseadas em mindfulness é parte fundamental da capacitação no tema. Iniciativas como essa têm se mostrado promissoras.

Para os profissionais que já estão em plena atuação clínica no Brasil, a quantidade e a localização dos centros de formação em mindfulness são limitantes. Pode não ser facilmente compreendido pelo profissional iniciante o que é um bom centro de formação profissional em mindfulness enquanto intervenção clínica, quais formações ensinam programas baseados em evidências, ou quais as melhores práticas (*guidelines*) recomendadas

internacionalmente para a formação em mindfulness – o que poderia colocar sua capacitação profissional sob risco financeiro e ético.

A falta de conhecimento de mindfulness pelo psicólogo acarreta alguns impactos. Por exemplo, caso o profissional recomende e use na clínica, haverá dificuldades em avaliar as conceitualizações de caso mais indicadas para integrar mindfulness e que tipos de técnicas seriam proficuas. Também poderá haver problemas na entrega (aplicação) da técnica, utilizando formatos ou linguagem que dificultam o acesso ao mecanismo e à intenção de cada prática. Também limita a recomendação de mindfulness aos casos clínicos que poderiam se beneficiar da prática, independentemente de que seja aplicado pelo próprio psicólogo ou por outro profissional qualificado, atuando de forma complementar.

A regulamentação do uso de mindfulness pelo psicólogo também é um desafio. Não há nada específico no Conselho Federal de Psicologia, havendo brechas no entendimento do que seriam práticas *reconhecidas* para o seu uso. Um dos Conselhos Regionais de Psicologia propôs uma nota de orientação sobre PIC e práticas emergentes que também deixa pontos em aberto. Uma vez que ambos preconizam que cabe aos psicólogos se manterem atualizados quanto aos conhecimentos em psicologia, e que o profissional somente deve assumir responsabilidade profissional de atividades para as quais esteja capacitado, espera-se que o presente trabalho contribua para a identificação do estado atual sobre conhecimento de mindfulness pelos psicólogos, fomentando o acesso à informação e capacitação no tema.

Mais do que regulamentar o exercício profissional ao usar mindfulness, os órgãos reguladores têm um papel ativo no fomento à formação profissional, à produção e divulgação do conhecimento, à promoção do debate sobre mindfulness e PIC, tonando acessível o uso de novas práticas. Não devem reagir às novas práticas em saúde *mindlessly*, como uma ameaça ao *status quo*, mas responder tempestivamente aos desafios das demandas sociais e de saúde, consumando a atuação do psicólogo efetivamente em acordo com os princípios fundamentais

previstos no *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. O diálogo também deve acontecer entre profissional e cliente, entendendo o que mais pode auxiliar em sua jornada para o manejo das demandas e o alívio do sofrimento, orientando-o sobre como outras práticas podem atuar integrativamente em seu benefício, tomando a decisão conjunta para avaliar o melhor caminho para o caso.

As principais limitações deste estudo como um todo estão relacionadas com o método amostral não probabilístico. Não sendo acessíveis em detalhes as características dos profissionais de psicologia no Brasil (como idade e sexo por região de registro), o estudo focou em obter amostra de todas as regiões, mas não pôde garantir a representatividade dos achados. Outra limitação se deve ao método de coleta de dados por levantamento online. Apesar das vantagens relacionadas ao tempo, ao custo de aplicação e à abrangência sociodemográfica, o método não isentou um viés de seleção por saliência de tópico, mesmo que alguns cuidados adicionais tenham sido tomados para que a participação não fosse limitada à proficiência em mindfulness ou no interesse em recomendar ou usar. Pelo fato de o instrumento ter sido desenvolvido com base na produção científica relacionada a conhecimento, atitudes e prática sobre Práticas Integrativas e Complementares (que possui semelhanças por estar inserido num mesmo contexto de práticas em saúde), pode ter ocorrido limitações quanto ao escopo de perguntas específicas sobre mindfulness. Por fim, alguns aspectos sobre a caracterização do uso de mindfulness com os clientes (como a frequência de uso por quantidade de clientes, proporção do uso de mindfulness a cada sessão, quantidade de clientes com os quais o psicólogo aplica mindfulness) não foram abordados e poderiam enriquecer o entendimento sobre a integração de mindfulness na prática clínica. Contudo, tais limitações não diminuem a contribuição dos achados deste estudo para o conhecimento sobre mindfulness no Brasil.

Como implicações e perspectivas futuras, espera-se que o produto deste trabalho norteie a integração de mindfulness na formação profissional em psicologia, além de promover o debate regulatório sobre formação e aplicação de mindfulness na prática psicoterapêutica no país. Também espera-se contribuir para pesquisa em mindfulness no Brasil, somando resultados à escassa produção sobre o tema. Futuros estudos poderiam buscar representatividade amostral. O mesmo escopo também pode ser ampliado para outras áreas de atuação profissional em saúde, como enfermagem, medicina ou nutrição, unificado esforços na formação profissional, pesquisa e oferta nos serviços de saúde. As possibilidades tampouco se limitam ao contexto brasileiro, podendo ser estruturado e validado um instrumento padronizado de mensuração de conhecimento, atitudes e práticas sobre mindfulness, a exemplo os instrumentos existentes na pesquisa internacional em CAP, cujos resultados contribuem para a proposta de iniciativas no âmbito da saúde pública.

7. REFERÊNCIAS

- Access to Insight. (2005). *Tipitaka: The Pali canon*. Access to Insight.
<https://www.accesstoinsight.org/tipitaka/index.html>
- Aich, T. (2013). Buddha philosophy and western psychology. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(6), s165–s170. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105517>
- Albuquerque, M. C. dos S. de, & Cavalcanti, M. do S. L. (1998). Relaxamento: Uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(1), 35–52. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000100004>
- AlGhamdi, K. M., Khurram, H., & Asiri, Y. (2017). The welcoming attitude of dermatologists towards complementary and alternative medicine despite their lack of knowledge and training. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 25(6), 838–843.

<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2016.12.005>

Alper, S. A. (2016). *Mindfulness Meditation in Psychotherapy*. Context Press.

Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 55*, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>

Anālayo. (2004). *Satipaṭṭhāna: The direct path to realization*. Windhorse Publications.

Astin, J. A., Goddard, T. G., & Forys, K. (2005). Barriers to the integration of mind-body medicine: Perceptions of physicians, residents, and medical students. *Explore: The Journal of Science and Healing, 1*(4), 278–283. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2005.04.014>

Aveni, E., Bauer, B., Ramelet, A.-S., Kottelat, Y., Decosterd, I., Finti, G., Ballabeni, P., Bonvin, E., & Rodondi, P.-Y. (2016). The Attitudes of Physicians, Nurses, Physical Therapists, and Midwives Toward Complementary Medicine for Chronic Pain: A Survey at an Academic Hospital. *Explore: The Journal of Science and Healing, 12*(5), 341–346. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.001>

Bhikkhu Bodhi. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 19–39. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>

Bloise, P. V., Andrade, M. C. R., Machado, H., & Andreoli, S. B. (2016). Increasing awareness and acceptance through mindfulness and somatic education movements. *Advances in Mind-Body Medicine, 30*(4), 4–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27925606>

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for*

addictive behaviors: A clinician's guide. Guilford Press.

- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 547. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. In *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (3º ed, p. 22–41). Artmed.
- Britton, W., & Lindahl, J. (2018). *Meditation Safety Toolbox*.
<https://www.brown.edu/research/labs/britton/resources/meditation-safety-toolbox>
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for stress reduction. *Stress and Health*, *33*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS).
<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
- Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 476–484.
- Cebolla, A., Demarzo, M. M. P., Martins, P., Soler, J., & García-Campayo, J. (2017). Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS ONE*, *12*(9), e0183137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, *67*(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Cramer, H., Hall, H., Leach, M., Frawley, J., Zhang, Y., Leung, B., Adams, J., & Lauche, R.

- (2016). Prevalence, patterns, and predictors of meditation use among US adults: A nationally representative survey. *Scientific Reports*, 6(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1038/srep36760>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(06), 990–999.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Crane, R. S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R. P., Williams, J. M. G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J. G., & Surawy, C. (2012). *Mindfulness-based interventions: Teaching assessment criteria (MBI:TAC)*. The Bangor, Exeter & Oxford. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t28421-000>
- Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2009). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 63–78.
<https://doi.org/10.1002/cpp.653>
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Damião Neto, A., Lucchetti, A. L. G., da Silva Ezequiel, O., & Lucchetti, G. (2019). Effects of a required large-group mindfulness meditation course on first-year medical students' mental health and quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05284-0>
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208.
<https://doi.org/10.1037/a0022062>

- de Jonge, P., Wardenaar, K. J., Hoenders, H. R., Evans-Lacko, S., Kovess-Masfety, V., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., Dinolova, R. V., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Thornicroft, G. (2018). Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: Results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(6), 552–567. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000774>
- Decreto n° 79.822, de 17 de junho de 1977: Regulamenta a Lei n° 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências, Brasil (1977).
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D79822.htm
- Demarzo, M. M. P. (2015). *Mindfulness e Promoção da Saúde*. Revista Saúde na Comunidade. <https://saudenacomunidade.wordpress.com/2015/03/03/resc2015-e82/>
- Demarzo, M. M. P., Andreoni, S., Sanches, N., Perez, S., Fortes, S., & Garcia-Campayo, J. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Perceived Stress and Quality of Life: An Open, Uncontrolled Study in a Brazilian Healthy Sample. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 10(2), 118–120.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.005>
- Demarzo, M. M. P., Barros, V. V. de, & Oliveira, M. B. de. (2015). Terapia cognitiva baseada em mindfulness. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p. 127–150). Sinopsys.
- Demarzo, M. M. P., & García-Campayo, J. (2015). *Manual prático de mindfulness: Curiosidade e aceitação*. Palas Athenas.
- Demarzo, M. M. P., & Martí, A. C. i. (2016). O que é mindfulness? In A. C. i Martí, M. M. P.

- Demarzo, & J. García-Campayo (Orgs.), *Mindfulness e ciência: Da tradição à modernidade* (p. 19–36). Palas Athenas.
- dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Fulton, P. R., & Siegel, R. D. (2016). Psicologia budista e psicologia ocidental: Buscando pontos em comum. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 37–58). Artmed.
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Rhoads, R. S. V., Reus, V. I., DePaulo, J. R., Fawcett, J. A., Schneck, C. D., & Silbersweig, D. A. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3º ed). American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (Orgs.). (2009). *Métodos de pesquisa*. UFRGS.
- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 2–36). Artmed.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Orgs.). (2016). *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed). Artmed.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4º ed). Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6º ed). Atlas.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. Routledge.

- Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief mindfulness practices for healthcare providers – A systematic literature review. *The American Journal of Medicine*, *130*(10), 1219.e1-1219.e17.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, *22*(8), 485–489.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., & Nickel, M. (2008). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training. *Psychiatry Research*, *158*(2), 265.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.007>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). 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*, *37*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Halliwell, E., & Mental Health Foundation, E. (2010). *Mindfulness report 2010*. Mental Health Foundation.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – Republished article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^o ed). The Guilford Press.
- Hinüber, O. von. (2004). Buddhist literature in Pali. In R. E. Buswell (Org.), *Encyclopedia of Buddhism* (p. 625–629). Macmillan Reference, USA.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 78(2), 169–183.

<https://doi.org/10.1037/a0018555>

Julião, A. M., Camargo, A. L. L. S., Cítero, V. de A., Maranhão, M. F., Maluf Neto, A., Paes, Â. T., Glezer, M., Cendoroglo Neto, M., & Schvartsman, C. (2013). Physicians' attitude towards tobacco dependence in a private hospital in the city of São Paulo, Brazil. *Einstein (São Paulo)*, 11(2), 158–162. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000200004>

Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306.

<https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated edition). Bantam.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190.

Kerlinger, F. N., & Rotundo, H. M. (2003). *Metodologia da pesquisa em ciencias sociais: Um tratamento conceitual*. Epu.

Kristeller, J. L., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282–297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

Kuppusamy, M., Kamaldeen, D., Pitani, R., Amaldas, J., & Shanmugam, P. (2018). Effects of bhramari pranayama on health – A systematic review. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 8(1), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2017.02.003>

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van

- Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., Cullen, C., Hennelly, S., & Huppert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(2), 126–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649>
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, *24*, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Langer, E. J. (2014). *Mindfulness* (25th anniversary edition). Da Capo Press.
- Langer, E. J., & Beard, A. (2017). Mindfulness in the age of complexity. In *Mindfulness* (p. 1–25). Harvard Business Review Press.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, *56*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00148>
- Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971: Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências, Brasil (1971). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5766.htm
- Liem, A. (2019). A comparison of attitudes towards complementary and alternative medicine between psychologists in Australia and Indonesia: A short report. *Integrative Medicine Research*, *8*(3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2019.07.004>
- Lim, L., Goh, J., Chan, Y.-H., & Poon, S.-H. (2016). Attitudes toward utility, effects and side

- effects of treatment for anxiety and depression. *Australasian Psychiatry*, 24(6), 556–560. <https://doi.org/10.1177/1039856216658828>
- Lineham, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lopes, S. A., Vannucchi, B. P., Demarzo, M., Cunha, Â. G. J., & Nunes, M. do P. T. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based intervention in the management of musculoskeletal pain in nursing workers. *Pain Management Nursing*, 20(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.02.065>
- Löwe, B., Schulz, U., Gräfe, K., & Wilke, S. (2006). Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment: What do they really want? *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 39–45. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0266.x>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. da S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p. 29–58). Sinopsys.
- Lustyk, M. K. B., Chawla, N., & Nolan, R. S. (2009). *Mindfulness meditation research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training*. 24(1), 20–30.
- Majeed, M. H., Ali, A. A., & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51–66. https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04

- McKenzie, S. P., Hassed, C. S., & Gear, J. L. (2012). Medical and psychology students' knowledge of and attitudes towards mindfulness as a clinical intervention. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(6), 360–367.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.003>
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285–294. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x>
- Menezes, C. B., de Paula Couto, M. C., Buratto, L. G., Erthal, F., Pereira, M. G., & Bizarro, L. (2013). The improvement of emotion and attention regulation after a 6-week training of focused meditation: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1–11.
<https://doi.org/10.1155/2013/984678>
- Menezes, C. B., Pereira, M. G., Mocaiber, I., & Bizarro, L. (2016). Brief meditation and the interaction between emotional interference and anxiety. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322216>
- Michalak, J., Crane, C., Germer, C. K., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. V. (2019). Principles for a responsible integration of mindfulness in individual therapy. *Mindfulness*, 10, 799–811. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01142-6>
- Michalak, J., Steinhaus, K., & Heidenreich, T. (2018). (How) Do therapists use mindfulness in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness*, 11, 401–410. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0929-9>
- Mindfulnessgruppen. (2013). *Mindfulness 9 attitudes: Gratitude and generosity*.
<https://www.youtube.com/watch?v=6M-ZJLmP4b4>

- Nascimento, A. R. A. do, & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 72–88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
- National Health Service [NHS]. (2018, agosto 28). *Types of talking therapies*. National Health Service. <https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/types-of-therapy/>
- Nattier, J. (2004). Buddha(s). In R. E. Buswell (Org.), *Encyclopedia of Buddhism* (p. 71–74). Macmillan Reference, USA.
- Neves, R. G., de Pinho, L. B., Gonzáles, R. I. C., Harter, J., Schneider, J. F., & Lacchini, A. J. B. (2012). O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(3), 2502–2509. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140124/000864238.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Norman, K. R. (1997). *A philological approach to Buddhism: The Bukkyō Dendō Kyōkai lectures 1994*. School of Oriental and African Studies.
- Nota de orientação sobre a utilização de práticas integrativas e complementares (PICs) e outras práticas emergentes em Psicologia*, Conselho Regional de Psicologia - 12 Região (2019). <http://crpsc.org.br/public/images/boletins/Nota%20PIC.pdf>
- Olendzki, A. (2016). Glossário de termos em psicologia budista. In C. K. Germer, R. D.

Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 319–327).

Artmed.

Pires, J. G., Nunes, M. F. O., Demarzo, M. M. P., & Nunes, C. H. S. da S. (2016).

Instruments for assessing the construct mindfulness: A review. *Revista Avaliação Psicológica*, 14(3), 329–338. <https://doi.org/10.15689/ap.2015.1403.04>

Pizutti, L. T., Carissimi, A., Valdivia, L. J., Ilgenfritz, C. A. V., Freitas, J. J., Sopezki, D., Demarzo, M. M. P., & Hidalgo, M. P. (2019). Evaluation of Breathworks' mindfulness for stress 8-week course: Effects on depressive symptoms, psychiatric symptoms, affects, self-compassion, and mindfulness facets in Brazilian health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 970–984.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22749>

Pollak, S. M. (2016). Ensinar mindfulness em terapia. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia* (2º ed, p. 136–151). Artmed.

Portaria nº 849, de 27 de março de 2017: Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Ministério da Saúde (2017).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006: Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde, Ministério da Saúde (2006).

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf

Ramos, M., Marina, V., & Amaral-Rosa, M. (2018). Contribuições do software IRAMUTEQ para a Análise Textual Discursiva. *Investigação Qualitativa em Educação*, 1, 505–514.

https://www.researchgate.net/publication/326446048_Contribuicoes_do_software_IR

AMUTEQ_para_a_Analise_Textual_Discursiva

Ramos, T. P. T. (2015). O que é mindfulness? In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. da S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (p. 59–80). Sinopsys.

Resolução CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005: Aprova o código de ética profissional do psicólogo, Conselho Federal de Psicologia (2005). <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Resolução CFP nº 013/07, de 14 de setembro de 2007: Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro, Conselho Federal de Psicologia (2007). https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf

Ricard, M., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2014). Mind of the meditator. *Scientific American*, 311, 38–45. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1114-38>

Robinson, R. H., Johnson, W. L., Wawrytko, S. A., & Thanissaro Bhikkhu. (1996). *The Buddhist religion: A historical introduction* (4^o ed). Wadsworth Pub Co.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Veronese, M. A. V. (2000). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Grupo A - Artmed.
<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3234905>

Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1445(1), 5–16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>

Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289–297.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.650653>

Salviati, M. E. (2017). *Manual do Aplicativo Iramuteq*.

<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>

Santorelli, S. F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L., & Kabat-Zinn, J. (2017). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide*.

Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Fleer, J. (2016). Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7(6), 1339–1346. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0575-z>

Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Relaxation Techniques*, 27, 466–475.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2^o ed). Guilford Press.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Shorofi, S. A., & Arbon, P. (2017). Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: Knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users.

Complementary Therapies in Clinical Practice, 27, 37–45.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.001>

Smith, H., & Novak, P. (2003). *Buddhism: A concise introduction*. PerfectBound.

Souza, M. A. R. de, Wall, M. L., Thuler, A. C. de M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M.

(2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas

- qualitativas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52(0).
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>
- Sturgis, P. (2010). Levantamento e amostragem. In *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (3^o ed, p. 116–132). Artmed.
- Sullivan, M., Leach, M., Snow, J., & Moonaz, S. (2017). Understanding North American yoga therapists' attitudes, skills and use of evidence-based practice: A cross-national survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 32, 11–18.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.03.005>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. de, & Nascimento, M. C. do. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 174–188. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>
- The British Association of Mindfulness-Based Approaches [BAMBA]. (2019). *Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses*. <https://bamba.org.uk/wp-content/uploads/2019/12/GPG-for-Teaching-Mindfulness-Based-Courses-BAMBA.pdf>
- The Mindfulness Initiative. (2018). *The Mindfulness Initiative*.
<http://www.themindfulnessinitiative.org.uk/>
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43.
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
- Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M. G., Sanderman, R., Links, T. P., & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive

- therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, *37*(9), 2427–2434. <https://doi.org/10.2337/dc13-2918>
- Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Sanderman, R., Links, T. P., Emmelkamp, P. M. G., & Fleer, J. (2015). Long-term effects of individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for depressive symptoms in patients with diabetes: A randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 186–187. <https://doi.org/10.1159/000375453>
- Trombka, M., Demarzo, M., Bacas, D. C., Antonio, S. B., Cicuto, K., Salvo, V., Claudino, F. C. A., Ribeiro, L., Christopher, M., Garcia-Campayo, J., & Rocha, N. S. (2018). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness training to reduce burnout and promote quality of life in police officers: The POLICE study. *BMC Psychiatry*, *18*(151), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1726-7>
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, *13*(1), 36–61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness in cognitive and behavioral therapies. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *2*(1), 35–44. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20060004>
- VandenBos, G. R., & American Psychological Association [APA] (Orgs.). (2015). *APA dictionary of psychology* (Second Edition). American Psychological Association.
- Wang, Y., Liu, X., Jia, Y., & Xie, J. (2019). Impact of breathing exercises in subjects with

- lung cancer undergoing surgical resection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jocn.14696>
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(02), 272–283. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>
- Wells, R. E., Seng, E. K., Edwards, R. R., Victorson, D. E., Pierce, C. R., Rosenberg, L., Napadow, V., & Schuman-Olivier, Z. (2020). Mindfulness in migraine: A narrative review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(3), 207–225. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1715212>
- WHO traditional medicine strategy. 2002-2005.* (2002). World Health Organization. http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
- WHO traditional medicine strategy. 2014-2023.* (2013). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Williams, J. M. G., & Penman, D. (2015). *Atenção Plena*. Sextante.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (Orgs.). (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., & Gemignani, A.

(2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psychophysiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *12*, artigo 353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>

APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento, atitude e prática profissional de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness.

Pesquisador: Carolina Baptista Menezes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03414718.5.0000.0121

Instituição Proponente: Pós-graduação de psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.121.121

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado de Mariana Ladeira De Azevedo, orientado pela Profa. Dra. Carolina Baptista Menezes no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. É um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quali-quantitativa, que visa investigar os conhecimentos, atitudes e práticas profissionais de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness (atenção plena). Será realizado um levantamento transversal, utilizando questionário online a ser enviado aos profissionais psicólogos clínicos brasileiros com registro no Sistema Conselhos de Psicologia (Conselhos Regionais de Psicologia), composto por perguntas fechadas, abertas e mistas. A distribuição do questionário ocorrerá via correio eletrônico (e-mail) e o registro e armazenamento do questionário ocorrerá pelo aplicativo online para pesquisa Survey Monkey. Os participantes serão contatados através da plataforma online OrientaPsi. O cronograma prevê o início das atividades de coleta de dados a partir de 01/03/2019. O roteiro da entrevista semi-estruturada foi anexado ao projeto de pesquisa. O questionário a ser aplicado foi anexado ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

2.OBJETIVO DA PESQUISA

Objetivo Primário: Investigar conhecimentos, atitudes e práticas profissionais de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness.

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: 3.121.121

Objetivos Secundários:

Verificar a prevalência de psicólogos clínicos conforme os diferentes níveis de conhecimento declarado sobre mindfulness.

Caracterizar o conhecimento conceitual sobre mindfulness relatado pelos psicólogos clínicos.

Verificar a prevalência de psicólogos clínicos que relataram ter recebido capacitação profissional em mindfulness.

Verificar a prevalência de psicólogos clínicos que recomendam e aplicam mindfulness.

Descrever o perfil profissional dos psicólogos clínicos que recomendam e aplicam mindfulness.

Caracterizar as formas de aplicação de mindfulness por psicólogos clínicos.

Verificar a prevalência de psicólogos clínicos que utilizam mindfulness como prática pessoal.

Descrever o perfil profissional dos psicólogos clínicos que utilizam mindfulness como prática pessoal.

Caracterizar a prática pessoal de mindfulness por parte dos psicólogos clínicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o TCLE foi ajustado conforme solicitação apresentada em parecer anterior e que a pesquisa "Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre mindfulness" atende a todas as exigências éticas estabelecidas na legislação, encaminhado parecer favorável à aprovação da proposta neste CEP.

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_1257494.pdf	21/12/2018 09:25:58		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: 3.121.121

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	projetotc2.pdf	21/12/2018 09:25:24	MARIANA LADEIRA DE AZEVEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoceph2.pdf	21/12/2018 09:25:09	MARIANA LADEIRA DE AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	19/11/2018 15:14:31	Carolina Baptista Menezes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

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

APÊNDICE B – Termo de Concordância do Questionário *Online*

Termo de Concordância

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Conhecimento, Atitude e Prática Profissional de Psicólogos Clínicos Brasileiros sobre mindfulness”. Esta pesquisa faz parte do projeto de mestrado de Mariana Ladeira de Azevedo, pesquisadora auxiliar e integrante do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Carolina Baptista Menezes.

O objetivo desta pesquisa é investigar conhecimento, opinião e prática de psicólogos clínicos brasileiros sobre mindfulness (traduzido como Atenção ou Consciência Plena) como intervenção e prática clínica e se justifica devido à ausência de estudos específicos no país com essa população e relacionados ao mindfulness. Caso aceite o convite, você responderá a um questionário online contendo 41 questões com duração estimada de preenchimento de 5 a 10 minutos sobre conhecimentos, formação profissional, opiniões e prática de mindfulness.

Participar desta pesquisa oferece riscos mínimos e estão relacionados à exposição de opinião pessoal, cansaço ou aborrecimento ao preencher o questionário, sendo que você poderá interromper prontamente sua participação, sem registro das suas informações. Você não terá despesas nem compensação financeira relacionadas à sua participação.

Ao dar o seu aceite você declara participar livremente da pesquisa e autorizar o uso das respostas do questionário em caráter estritamente científico, sem revelar o seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. As pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências para mantê-los sob sigilo. Uma cópia deste Termo pode ser acessada clicando [aqui](#). Você pode retirar a sua concordância ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e sem prejuízos, bastando interromper o preenchimento do questionário.

Você tem o direito de solicitar informações adicionais, retirar a sua concordância e receber respostas sobre dúvidas de preenchimento, benefícios da participação, resultados da pesquisa e outros entrando em contato com as pesquisadoras através do e-mail contato@pesquisamindfulness.com, ou pelo telefone (48) 99663-6739, ou no endereço Rua Engenheiro Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, nº 240 a 432, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Bloco B, Sala 1, Carvoeira – Florianópolis/SC; CEP 88036-020.

A pesquisa, da qual faz parte este questionário, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC sob registro CAAE 03414718.5.0000.0121, Parecer 3.121.121. O CEPSH é um órgão criado para assegurar os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEPSH está localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222,

sala 401 – Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88.040-400; fone (48) 3721-6094; e-mail:
cep.propesq@contato.ufsc.br

As pesquisadoras também aderem a esse documento e comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o preconizado na Resolução Nº 510, de 07 de abril

* 1. Declaro que sou maior de 18 anos, que li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e que optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Li e aceito o Termo de Concordância

**APÊNDICE C – Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática de Psicólogos
Clínicos Brasileiros sobre Mindfulness**

* 2. Sexo

Feminino Masculino

* 3. Idade (insira a idade em anos completos)

* 4. Possui graduação completa em Psicologia?

Sim Não

* 5. Ano da graduação em Psicologia (insira o ano com 4 dígitos)

* 6. Grau de Formação Acadêmica (selecione o grau mais elevado de formação **concluída**)

Ensino Médio Pós-graduação (Mestrado)

Graduação Pós-graduação (Doutorado)

Pós-graduação (especialização *latu sensu*) Pós-graduação (Pós-doutorado)

* 7. Região de registro ativo no CRP

* 8. Atua profissionalmente com Psicologia Clínica?

Sim Não

* 9. Tempo total atuando em Psicologia Clínica (insira o tempo em anos utilizando números inteiros.
Exemplo: 4)

Não atuo em Psicologia Clínica

Tempo

* 10. Você atua em qual(ais) tipo(s) de atendimento (selecione todas as opções aplicáveis)?

Particular (ex: clínica própria ou compartilhada, hospitais e clínicas privadas etc.) Não atuo em Psicologia Clínica

Público (ex: SUS, CAPS, ONGs, hospitais públicos etc.)

11. Selecione as abordagens teóricas predominantes em sua atuação clínica (selecione todas as opções aplicáveis)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aceitação e Compromisso | <input type="checkbox"/> Humanista |
| <input type="checkbox"/> Análise do Comportamento | <input type="checkbox"/> Interpessoal |
| <input type="checkbox"/> Analítica | <input type="checkbox"/> Psicanálise |
| <input type="checkbox"/> Cognitiva | <input type="checkbox"/> Psicodinâmica |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo-Comportamental | <input type="checkbox"/> Psicodrama |
| <input type="checkbox"/> Comportamental | <input type="checkbox"/> Psicologia Positiva |
| <input type="checkbox"/> Dialético-Comportamental | <input type="checkbox"/> Sistêmica |
| <input type="checkbox"/> Existencialista | <input type="checkbox"/> Transpessoal |
| <input type="checkbox"/> Gestalt | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

* 12. Você considera ter conhecimento sobre *mindfulness*?

Sim Não

* 13. Como você classifica seu conhecimento geral sobre *mindfulness*?

Inexistente	Pouco	Razoável	Muito	Total
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 14. Em suas palavras, descreva o que é *mindfulness* (limite de 500 caracteres):

* 15. Em suas palavras, quais são os efeitos de *mindfulness* (limite de 500 caracteres):

* 16. A respeito de *mindfulness*, você gostaria de saber mais sobre (selecione todas as opções aplicáveis):

<input type="checkbox"/> Significado e/ou definição	<input type="checkbox"/> Diferenças em relação a abordagens psicoterapêuticas
<input type="checkbox"/> Efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Diferenças em relação terapias integrativas e complementares
<input type="checkbox"/> Mecanismos de Ação	<input type="checkbox"/> Como utilizar <i>mindfulness</i> na prática clínica
<input type="checkbox"/> Uso combinado com psicoterapia	<input type="checkbox"/> Como utilizar <i>mindfulness</i> na prática pessoal
<input type="checkbox"/> Custo-benefício	<input type="checkbox"/> Treinamento profissional
<input type="checkbox"/> Diferenças em relação a psicoterapia	<input type="checkbox"/> Nenhum
<input type="checkbox"/> Outro (especifique, limite de 200 caracteres)	

* 17. Você considera que *mindfulness* pode ser utilizado como **tratamento e/ou complemento do tratamento** de problemas de saúde física e/ou transtornos mentais já existentes?

Sim Não sei

Não

18. Caso afirmativo, para quais problemas de saúde física e/ou transtornos mentais? Cite todos que, na sua opinião, se aplicam (limite de 500 caracteres):

* 19. Você considera que *mindfulness* pode ser utilizado para **prevenir** o surgimento de problemas de saúde física e/ou transtornos mentais?

- Sim Não sei
 Não

20. Caso afirmativo, para quais problemas de saúde física e/ou transtornos mentais? Cite todos que, na sua opinião, se aplicam (limite de 500 caracteres):

* 21. Você considera que *mindfulness* pode ser utilizado para **promoção da saúde física e/ou mental** (qualidade de vida, bem-estar, hábitos saudáveis) em pessoas que não possuam problemas de saúde?

- Sim Não sei
 Não

* 22. Algum paciente já solicitou para você explicitamente a utilização de *mindfulness*?

- Sim Não

* 23. Você já **recomendou** aos seus pacientes que procurassem *mindfulness* pelo menos uma vez?

- Sim Não

24. Caso nunca tenha recomendado, você recomendaria *mindfulness* aos seus pacientes?

- Sim
 Não
 Não sei

* 25. Você já **ministrou/aplicou** *mindfulness* aos seus pacientes pelo menos uma vez?

- Sim Não

* 26. Caso nunca tenha ministrado/aplicado, você **ministraria/aplicaria** *mindfulness* aos seus pacientes?

Sim

Não sei

Não

* 27. Caso já tenha ministrado/aplicado *mindfulness*, você ministrou/aplicou (selecione todas as opções aplicáveis):

Individualmente Em grupo

Outro (especifique, limite de 500 caracteres)

* 28. Caso já tenha ministrado/aplicado *mindfulness*, o formato foi (selecione todas as opções aplicáveis):

Técnicas isoladas como parte da psicoterapia Programas ou protocolos de *mindfulness*

Outro (especifique, limite de 500 caracteres)

* 29. Caso já tenha ministrado/aplicado *mindfulness* aos seus pacientes, por quanto tempo? (insira o tempo em meses utilizando números inteiros. Exemplo: 18):

* 30. Você se considera apto(a) a ministrar/aplicar *mindfulness*?

Não, de forma alguma Sim, totalmente

* 31. Você considera que teve capacitação profissional para ministrar/aplicar *mindfulness*?

Sim Não

* 32. Através de que meios você obteve conhecimento e/ou formação sobre *mindfulness*? (selecione todas as opções aplicáveis)

<input type="checkbox"/> Programas de Televisão	<input type="checkbox"/> Matérias de revistas e jornais
<input type="checkbox"/> Áudio e Vídeo por streaming (ex. Youtube, Netflix e similares)	<input type="checkbox"/> Participação em grupos de <i>mindfulness</i> para prática pessoal
<input type="checkbox"/> Manuais sobre protocolos de <i>mindfulness</i> para profissionais	<input type="checkbox"/> Participação em programas ou protocolos baseados em <i>mindfulness</i>
<input type="checkbox"/> Livros de autoaplicação para a prática pessoal de <i>mindfulness</i>	<input type="checkbox"/> Aplicativos de <i>mindfulness</i>
<input type="checkbox"/> Palestras, oficinas e/ou workshops vivenciais destinados à prática pessoal de <i>mindfulness</i>	<input type="checkbox"/> Artigos de periódicos e outros trabalhos científicos
<input type="checkbox"/> Congressos, Seminários e Simpósios sobre <i>mindfulness</i>	<input type="checkbox"/> Obtenção de certificado de instrutor para ministrar/aplicar programas ou protocolos baseados em <i>mindfulness</i>
<input type="checkbox"/> Formação ou capacitação profissional psicoterapêutica	<input type="checkbox"/> Nenhum
<input type="checkbox"/> Formação ou capacitação profissional específica em <i>mindfulness</i>	
<input type="checkbox"/> Outro (especifique, limite de 200 caracteres)	

* 33. Você possui alguma certificação como instrutor(a)/facilitador(a) de programas ou protocolos baseados em *mindfulness*?

Sim Não

34. Caso possua, cite o nome de todas as certificações e o nome da instituição certificadora (limite de 500 caracteres):

* 35. Você participou de algum programa ou protocolo baseado em *mindfulness*?

Sim Não

36. Caso já tenha participado de algum programa ou protocolo baseado em *mindfulness*, qual a duração em semanas? Se tiver participado de mais de um, selecione a maior duração:

- 1 semana ou menos
- 2 semanas
- 3 semanas
- 4 semanas
- 5 semanas
- 6 semanas
- 7 semanas
- 8 semanas
- 9 semanas ou mais

* 37. Atualmente, você pratica *mindfulness*?

- Sim
- Não

* 38. Cite qual(ais) técnicas(s) de *mindfulness* você pratica (limite de 500 caracteres):

* 39. Você pratica *mindfulness* (selecione todas as opções aplicáveis):

Individualmente Em grupo

Outro (especifique, limite de 200 caracteres)

* 40. Você pratica *mindfulness* (selecione todas as opções aplicáveis):

Com o apoio de recursos como áudio, aplicativos etc. Por autocondução, sem o apoio de recursos

Outro (especifique, limite de 200 caracteres)

* 41. Em média, com que frequência você pratica de *mindfulness*?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Menos que 1 dia por semana | <input type="radio"/> 4 dias por semana |
| <input type="radio"/> 1 dia por semana | <input type="radio"/> 5 dias por semana |
| <input type="radio"/> 2 dias por semana | <input type="radio"/> 6 dias por semana |
| <input type="radio"/> 3 dias por semana | <input type="radio"/> 7 dias por semana |

42. Em média, com que duração você pratica *mindfulness*?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> até 10 minutos por dia | <input type="radio"/> de 31 a 40 minutos por dia |
| <input type="radio"/> de 11 a 20 minutos por dia | <input type="radio"/> de 41 a 50 minutos por dia |
| <input type="radio"/> de 21 a 30 minutos por dia | <input type="radio"/> mais de 51 minutos por dia |