

Treinamento em mindfulness e impactos na saúde mental em funcionários não docentes de uma universidade pública

Mindfulness training and mental health outcomes in non-teaching staff at a public university

Formación en mindfulness e impactos en la salud mental en trabajadores no docentes de una universidad pública

Larissa Bessani Hidalgo Gimenez¹, Larissa Horta Esper², Mariana Fernandes³, Maria Neyrian de Fátima Fernandes⁴, Vinicius Santos de Moraes⁵, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato⁶

Como citar este artigo: Treinamento em mindfulness e impactos na saúde mental em funcionários não docentes de uma universidade pública. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso: ____]; 15(1): e202552. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.7250>

¹ Doutora e Mestre em Ciências pela EERP-USP. Graduação em Enfermagem pela UFMT. Professora Adjunta no curso de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) campus Sinop. Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso. Instrutora de Mindfulness pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Membro do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental - GEPEMEN da USP. USP-SP. <https://orcid.org/0000-0002-3262-0023>

² Enfermeira pela EERP-USP. Mestrado e Doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e Pós doutorado pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP. Doutorado sanduíche na instituição norte-americana University of North Carolina at Chapel Hill (UNC). Atualmente é docente do Instituto de educação médica (IDOMED) do Centro universitário Estácio de Ribeirão Preto e professora adjunta do curso de enfermagem no Centro Universitário Barão de Mauá. Membro do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas e do Grupo GEPEMEN da EERP-USP. <https://orcid.org/0000-0002-8224-2833>

³ Doutoranda no Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP. Mestre em Ciências da Saúde Pública e pós-graduado em Promoção de Saúde na Comunidade pela FMRP-USP. Instrutora Sênior de Mindfulness pelo Mindfulness Trainings International - MTi e Instrutora de Mindfulness pelo Mente Aberta - Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de Saúde - da UNIFESP. Membro do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas e do Grupo GEPEMEN da EERP-USP. Psicóloga formada pela PUC/SP. USP. <https://orcid.org/0000-0002-4551-7017>

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFMA. Enfermeira. Doutora pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP, com estágio de doutorado em sanduíche no Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade de Washington em Seattle e estágio na Organização Mundial da Saúde sediada em Washington DC nos Estados Unidos. Mestre em Enfermagem pela UFRN, especialista em Curso de Formação de Pesquisadores em Álcool e outros Drogas pela USP, especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Potiguar. <https://orcid.org/0000-0001-7626-9733>

⁵ Fisioterapeuta e Pós-graduada em Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil pelo CBM. Mestre em Ciências da Saúde pela EERP-USP. Docente convidado dos cursos de pós-graduação em Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil e Fisioterapia em Gerontologia pelo CBM. Instrutora de mindfulness pela Mindfulness Training International (MTi). Membro e Instrutor do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas (EERP-USP). Membro do GEPEMEN/CNPq. USP. <https://orcid.org/0000-0003-0762-3641>

⁶ Professora Titular, enfermeira da EERP-USP. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP, período sanduíche na Universidade Autônoma de Querétaro - México. Pós-Doutorado pela University of Alberta - Canadá. Instrutora Sênior de Mindfulness certificada no Brasil e nos Estados Unidos. Membro do Grupo de Trabalho em Práticas Integrativas e Complementares (GTPICS) do COREn-SP. Membro do Capítulo Rho Upsilon da Sociedade Honorífica Sigma Theta Tau Internacional e da Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense (SOBEF). Membro da Society for Neuroscience (SfN) e da American Association of Neuroscience Nurses. Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental RIENSAME e da Red Internacional de Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso Indebido de Drogas - REIEEPUID. USP. <https://orcid.org/0000-0001-7475-6650>



RESUMO

Objetivo: avaliar a eficácia de uma Intervenção baseada em Mindfulness em relação aos níveis de atenção plena, estresse percebido, depressão, ansiedade e burnout. **Métodos:** estudo quase-experimental com amostra de 60 trabalhadores de uma universidade pública. Os participantes foram alocados em um grupo que recebeu intervenção (GE: 30) e outro que não recebeu intervenção considerado grupo controle (GC: 30). Foram avaliados no início e após a intervenção. **Resultados:** O GE apresentou aumento na pontuação média total de Mindfulness e em duas facetas da escala FFMQ (observar e não reatividade à experiência interior). Quando comparado ao GC houve redução nos escores médios de estresse percebido, depressão e ansiedade. O mesmo efeito após intervenção não foi observado para o burnout. **Conclusão:** o treinamento de Mindfulness diminuiu os níveis percebidos de estresse, depressão e ansiedade da amostra. Os dados evidenciam o potencial desta intervenção para contribuir como estratégia de prevenção e promoção da saúde mental de trabalhadores.

Descritores: Atenção Plena; Estresse, Saúde mental; Ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effectiveness of a Mindfulness-based Intervention in relation to levels of mindfulness, perceived stress, depression, anxiety and burnout. **Methods:** quasi-experimental study with a sample of 60 workers from a public university. Participants were allocated to a group that received intervention (GE: 30) and another that did not receive intervention, considered a control group (CG: 30). They were assessed at the beginning and after the intervention. **Results:** The EG showed an increase in the total mean Mindfulness score and in two facets of the FFMQ scale (observing and non-reactivity to inner experience). When compared to the CG, there was a reduction in the average scores of perceived stress, depression and anxiety. The same effect after intervention was not observed for burnout. **Conclusion:** Mindfulness training showed the sample's perceived levels of stress, depression and anxiety. The data highlight the potential of this intervention to contribute as a prevention and promotion strategy for workers' mental health.

Descriptors: Mindfulness; Stress, Mental health; Workplace.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad de una Intervención basada en Mindfulness en relación con los niveles de mindfulness, estrés percibido, depresión, ansiedad y burnout. **Métodos:** estudio cuasiexperimental con una muestra de 60 trabajadores de una universidad pública. Los participantes fueron asignados a un grupo que recibió intervención (GE: 30) y otro que no recibió intervención, considerado grupo control (CG: 30). Fueron evaluados al inicio y después de la intervención. **Resultados:** El GE mostró un aumento en la puntuación media total de Mindfulness y en dos facetas de la escala FFMQ (observación y no reactividad a la experiencia interior). En comparación con el GC, hubo una reducción en las puntuaciones medias de estrés percibido, depresión y ansiedad. No se observó el mismo efecto después de la intervención en el caso del agotamiento. **Conclusión:** El entrenamiento de Mindfulness mostró los niveles percibidos de estrés, depresión y ansiedad de la muestra. Los datos resaltan el potencial de esta intervención para contribuir como estrategia de prevención y promoción de la salud mental de los trabajadores.

Descriptor: Atención plena; Estrés, Salud mental; Lugar de trabajo.



INTRODUÇÃO

Os atuais adventos da globalização, como a modernização, a busca constante por eficiência, cargas de trabalho excessivas, pressão sobre prazos e cumprimento de metas muitas vezes resultam em um aumento significativo de eventos estressantes no local de trabalho.¹ Além disso, o indivíduo muitas vezes não tem capacidade suficiente para lidar com esses eventos.²

Altos níveis de estresse no local de trabalho impactam tanto a produtividade do trabalho quanto a qualidade de vida do trabalhador, podendo evoluir para o desenvolvimento de estresse crônico, que tem sido relacionado ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos.¹⁻³

A literatura científica tem evidenciado o uso crescente de práticas integrativas e complementares não farmacológicas para o manejo de condições clínicas influenciadas pelo estresse, demonstrando potencial benéfico à saúde em aspectos clínicos e transtornos psicológicos. Treinamento de atenção plena (MT) destaca-se entre tais práticas.^{4,5}

Atenção plena é um estado psicológico caracterizado pela regulação intencional de prestar atenção ao que está acontecendo naquele momento, promovendo maior consciência da experiência do momento presente.^{4,5} O conceito de atenção plena tem origem nas tradições filosóficas e contemplativas do budismo; no entanto, as

práticas baseadas na atenção plena são geralmente uma prática secular na área da saúde.^{4,5}

O interesse em MT em ambientes de trabalho começou nas empresas no final dos anos 1980 e ganhou popularidade nos anos 2000, quando grandes empresas, como o Google, lançaram programas de mindfulness para sua força de trabalho. Desde então, a MT vem crescendo em grupos ocupacionais e em serviços específicos, como ensino, educação, assistência médica, saúde mental e assistentes sociais.⁴⁻⁶ Estudos anteriores realizados com pessoal não docente universitário mostraram taxas significativas de sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional, sintomas ansiosos e depressivos e o uso de estratégias de enfrentamento não assertivas, como abuso de álcool.^{7,8}

O treinamento dessas práticas pode ser uma alternativa viável de baixo custo, facilmente acessível e não farmacológica para gerenciar o estresse no local de trabalho. Evidências têm mostrado a eficácia da MT na melhora dos sintomas de ansiedade e depressão, burnout, sofrimento mental e queixas somáticas, ao mesmo tempo em que melhora o bem-estar, a compaixão e a satisfação no trabalho.^{1,5-8}

A MT no local de trabalho pode ser um precedente essencial para adicionar recursos organizacionais, ajudando os trabalhadores a reconhecer, responder e focar novamente nos problemas. Ela permite que



os trabalhadores adquiram estratégias adicionais para reduzir o estresse e aumentar o bem-estar, resultando em menores intenções de rotatividade, menos exaustão emocional e comprometimento afetivo mais significativo com a instituição de trabalho.⁷⁻⁸

No “Plano de Ação Integral para a Saúde Mental 2013-2030”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as instituições laborais adotem estratégias integradas de saúde e bem-estar dos trabalhadores que incluam a prevenção, a identificação precoce, o apoio e a reabilitação dos sintomas relacionados com o stress.⁹ Portanto, a partir deste panorama, o presente estudo decidiu aplicar o treinamento de mindfulness em uma grupo heterogêneo de trabalhadores com diversas formações educacionais e analisar a eficácia desse tipo de treinamento em indicadores de saúde mental.

Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a resposta de uma intervenção de MT de oito semanas sobre atenção plena, estresse percebido, depressão, ansiedade e níveis de esgotamento em uma amostra de trabalhadores não docentes de uma universidade pública brasileira.

MÉTODOS

Desenho do estudo

O presente estudo é um delineamento quase-experimental, com pré e pós-teste com um grupo controle que foi conduzido em um

campus universitário público localizado no estado de São Paulo (Brasil), analisando a eficácia de uma intervenção de treinamento de mindfulness de oito semanas em trabalhadores administrativos. O presente estudo foi conduzido sob as recomendações do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT).¹⁰

Esse estudo atendeu às especificações de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de 2012, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo sob o parecer n.º 2.104.739/2017 como primeira fase do projeto de pesquisa intitulado “Treinamento de Mindfulness para redução do estresse em trabalhadores de uma universidade do interior de São Paulo”.

População do estudo

Avaliamos a elegibilidade de todos os trabalhadores técnico-administrativos (pessoal não docente) de um campus universitário público localizado no estado de São Paulo, Brasil. Essa categoria de trabalhadores é formada por uma ampla faixa etária, diferentes níveis socioeconômicos, níveis educacionais e funções de trabalho.

Recrutamento

Primeira fase

Uma equipe de pesquisadores abordou os participantes pessoalmente em seus respectivos locais de trabalho e os



convidou a participar voluntariamente. Consentimento por escrito foi obtido daqueles que concordaram em participar e, após algumas breves instruções, cada participante recebeu um envelope fechado contendo pesquisas para autopreenchimento: um questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde e uma escala para avaliar o nível de estresse autorrelatado (PSS14). Como um esforço para abordar potenciais fontes de viés, os entrevistados tiveram pelo menos uma semana para retornar à equipe de pesquisa e foi apontado que eles poderiam entrar em contato com os pesquisadores em caso de dúvidas.

Foram excluídos os trabalhadores não encontrados em seus locais de trabalho após três tentativas da equipe de pesquisa (n=163), que estavam de férias (n=192) ou licença médica (n=114) durante o período de coleta de dados. Foram excluídos os materiais incompletos (n=42) e aqueles que não responderam aos questionários (n=264).

Um total de 929 voluntários devolveram o material de coleta de dados concluído na primeira fase do teste, correspondendo a 54,51% da população total de funcionários não docentes do campus.

Segunda fase

Após a tabulação dos dados da primeira fase do estudo, os critérios de inclusão dos participantes para prosseguir para a segunda fase foram obter uma

pontuação na escala PSS 14 igual ou superior a 23 pontos (mediana da escala). Aqueles com histórico de prática regular de meditação (pelo menos uma vez por semana nos últimos 12 meses) e em tratamento psiquiátrico foram excluídos. Adotamos essas medidas para reduzir possíveis vieses de confusão para o efeito esperado da intervenção. Ao final, 281 participantes atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

Intervenção

Atenção plena treinamento

A intervenção ocorreu entre março e dezembro de 2018, sendo necessária a realização de sete grupos distintos para a conclusão do estudo: cinco grupos para coleta de dados e dois grupos oferecidos posteriormente aos participantes do GC (lista de espera).

O MT consistiu em uma intervenção de mindfulness de oito semanas, com nove sessões. O protocolo de intervenção foi padronizado, e as sessões foram conduzidas pela equipe disponível para esta intervenção composta por quatro instrutores certificados pela Mindfulness Trainings International (MTi).¹¹ Segundo a Open Mindfulness Network (ABRAMIND), um programa de treinamento de mindfulness deve ser orientado por instrutores que tenham critérios indispensáveis para oferecer aos participantes o aprendizado correto e eficaz



das práticas, garantindo o alcance dos efeitos esperados.¹²

Os instrutores do MTi fornecem a prática de treinamento de atenção plena em um contexto secular e mantêm o alinhamento com os fundamentos do programa de redução de estresse baseado em atenção plena (MBSR) de Kabat-Zinn⁴ e recomendações do manual de boas práticas de atenção plena da Rede do Reino Unido para professores baseados em atenção plena Diretrizes de boas práticas para o ensino de cursos baseados em atenção plena.¹²

A intervenção ocorreu em sessões presenciais em grupo com duração de duas horas, uma vez por semana, durante oito semanas. Os participantes puderam escolher os horários com antecedência (durante os intervalos do trabalho ou após o trabalho). As sessões ocorreram no Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da Escola de Enfermagem, localizado no campus da Universidade de São Paulo, Brasil. Além disso, houve uma sessão de imersão de quatro horas em um espaço maior com uma área natural adicionada (árvores, plantas, grama, chão de terra). Todos os participantes que compareceram integralmente às sessões receberam um certificado de conclusão em Treinamento em Mindfulness do Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, Brasil.

As sessões de MT incluíram temas com foco na conexão mente e corpo, incluindo práticas focadas na respiração, consciência corporal e emocional e alimentação consciente.

Os indivíduos foram instruídos durante o encontro presencial a realizar as práticas diariamente em casa durante o restante da semana. Material impresso e em áudio foi oferecido para auxiliar o procedimento. Os áudios foram disponibilizados aos participantes em diversas opções: via e-mail, WhatsApp® ou Compact Disc (CD), de acordo com a preferência indicada pelo participante. Os áudios continham um guia para a prática, gravado pelos instrutores de MT.

Resultados

O desfecho primário foi comparar o nível de mindfulness em trabalhadores técnico-administrativos que participaram do MT de oito semanas (GE) com o de trabalhadores que não participaram (lista de espera) (GC). Como desfechos secundários, comparamos os níveis percebidos de estresse, depressão, ansiedade e burnout no GE e GC.

Os resultados foram avaliados nos participantes selecionados para o GE e GC em dois momentos: uma semana antes da intervenção (T0) para determinar os níveis basais dos efeitos investigados e, depois, após oito semanas (T1), no último dia após o término da intervenção.



Instrumentos

Questionário de Condições Sociodemográficas, de Trabalho e de Saúde:

contempla dados sobre idade, gênero, raça, nível educacional, estado civil e parentalidade, religião, atividade física, prática de meditação, uso de álcool e tabaco e tratamento psiquiátrico.

Questionário de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ-BR):

este instrumento mede os níveis de atenção plena de forma multidimensional. Embora intitulado como cinco facetas, os autores que validaram a versão brasileira¹³ recomendam que o instrumento seja analisado considerando sete facetas, a saber: 1) não julgamento da experiência interna; 2) agir com consciência - piloto automático; 3) observar; 4) descrever - formulação positiva; 5) descrever - formulação negativa; 6) não reatividade à experiência interna e 7) agir com consciência - distração.²² O alfa de Cronbach (que mede a confiabilidade interna) na amostra atual foi de 0,83 tanto em T0 (antes da intervenção) quanto em T1 (após a intervenção).

Escala de Estresse Percebido (PSS14): esta escala pode avaliar o nível de estresse autorrelatado, e tem 14 questões com opções de resposta que variam de zero (nunca) a quatro (sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida. As outras questões são negativas, somadas diretamente. A pontuação total da escala pode variar de

zero (sem estresse) a 56 (estresse extremo).¹⁴ O alfa de Cronbach na amostra atual foi de 0,86 em T0 e 0,85 em T1.

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): o BDI-II consiste em 21 conjuntos de afirmações sobre sintomas depressivos nos últimos 15 dias, classificados em uma escala ordinal de zero a três, produzindo pontuações totais que variam de zero a 63.¹⁵ O alfa de Cronbach na amostra atual foi de 0,87 em T0 e 0,88 em T1.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): o BAI consiste em 21 perguntas sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como suor e sentimentos de angústia). Cada pergunta apresenta quatro respostas possíveis, e aquela que mais se assemelha ao estado mental do indivíduo deve ser marcada e varia de zero a 63.¹⁶ O alfa de Cronbach na amostra atual foi de 0,88 em T0 e 0,86 em T1.

Inventário de Burnout de Maslach - Pesquisa Geral (MBI-GS): esta versão geral para medição de burnout mantém uma estrutura fatorial consistente com várias ocupações de trabalho. É composto por três dimensões: Exaustão Emocional (EE), com seis variáveis; Cinismo (CY), com quatro variáveis, e Eficácia no Trabalho (EW), com seis variáveis. A pontuação é por uma escala Likert (zero a seis), variando de nunca 0; às vezes um ano ou menos 1; uma vez por mês ou menos 2; algumas vezes durante o mês 3; uma vez por semana 4; às vezes durante a



semana 5, até todos os dias 6. Os níveis de Burnout com a escala MBI-GS são definidos como valores até 1,33 considerados baixos; entre 1,34 e 2,43 moderados, e acima de 2,43 altos em cada dimensão.¹⁷ O alfa de Cronbach na amostra atual foi de 0,92 em T0 e 0,93 em T1.

Tamanho da amostra

Utilizamos a escala numérica PSS14 para calcular o tamanho da amostra com base em um estudo¹⁸ devido ao seu alto rigor metodológico. Após a aplicação de um protocolo de práticas de mindfulness em pacientes com doença cardíaca, foram detectadas mudanças nos resultados após 12 semanas em comparação com os valores basais (efeito intragrupo) de -2,4 pontos, e diferenças entre os grupos de tratamento (efeito intergrupo) de -1,0 ponto no resultado psicológico do estresse percebido, conforme medido pela escala PSS14.

Considerando que se desejava detectar uma diferença de 2,4 pontos (δ) na escala com nível de significância de 5% ($z_{1-\alpha}=1,96$) e uma potência de 80% ($z_{1-\beta}=1,96$), o resultado foi de 23 participantes para cada grupo.

Informações relacionadas à variância nos grupos controle e intervenção da lista de espera também foram obtidas de um estudo²⁷, e uma correlação de 0,75 foi assumida. Uma possível perda de 35% foi adotada no acompanhamento para realizar o cálculo

($nc=n1-perda$). Com esta aplicação, o valor dos participantes de cada grupo chegou a 40.

Participantes

A segunda fase do estudo incluiu um sorteio amostral e, após definir o número de participantes de cada grupo, os trabalhadores foram convidados. Consideramos as variáveis idade, gênero e nível de trabalho (básico, técnico e superior) para parear os grupos.

Os 80 participantes que aceitaram participar desta etapa foram alocados no Grupo Experimental (GE) e no Grupo Controle (GC) em lista de espera, não podendo escolher em qual grupo gostariam de ficar. Os participantes selecionados foram convidados por telefone e e-mail para participar da segunda fase do estudo e assinaram um novo termo de consentimento livre e esclarecido específico para esta etapa.

Como essa intervenção não pôde ser mascarada (os participantes sabiam em qual grupo estavam e os instrutores sabiam que eles estavam realizando a intervenção), os instrutores que realizaram a intervenção não tiveram contato com os dados ou qualquer abordagem relacionada à pesquisa, a fim de evitar possível viés de pesquisa.

Análises estatísticas

Os participantes que compareceram a pelo menos 6 das 9 sessões da intervenção foram considerados para análise de dados. O



teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher foram conduzidos para comparar as distribuições das variáveis nominais entre o GE e o GC da lista de espera.

O teste de Mann-Whitney comparou quaisquer mudanças intergrupais nos resultados da intervenção entre as características basais (T0) e após as oito semanas de intervenção (T1) para o GC e GE. O teste não paramétrico foi escolhido após considerar o tamanho da amostra e inspecionar os histogramas das variáveis numéricas pelo grupo. O $\alpha = 0,05$ foi adotado como critério de significância em todas as análises.

Resultados

Fluxo de participantes

Os participantes foram divididos em dois grupos: 40 alocados no GE e 40 no GC da lista de espera. O fluxo de participantes na segunda fase do estudo é mostrado na Figura 1. Dos 40 participantes alocados no GE, quatro se recusaram a participar desta fase do estudo porque, embora horários alternativos tenham sido oferecidos, eles relataram conflito de horário com atividades pessoais.

Houve um total de seis perdas no GE: quatro participantes foram apenas à primeira

sessão e desistiram do estudo, dizendo que não se identificavam com a prática. Outros dois participantes realizaram apenas 50% das sessões de intervenção, justificando ausências por circunstâncias pessoais imprevistas, e, portanto, foram excluídos das análises finais. Por fim, 30 participantes do GE concluíram a intervenção de oito semanas, conduzindo pelo menos 60% das sessões de MT.

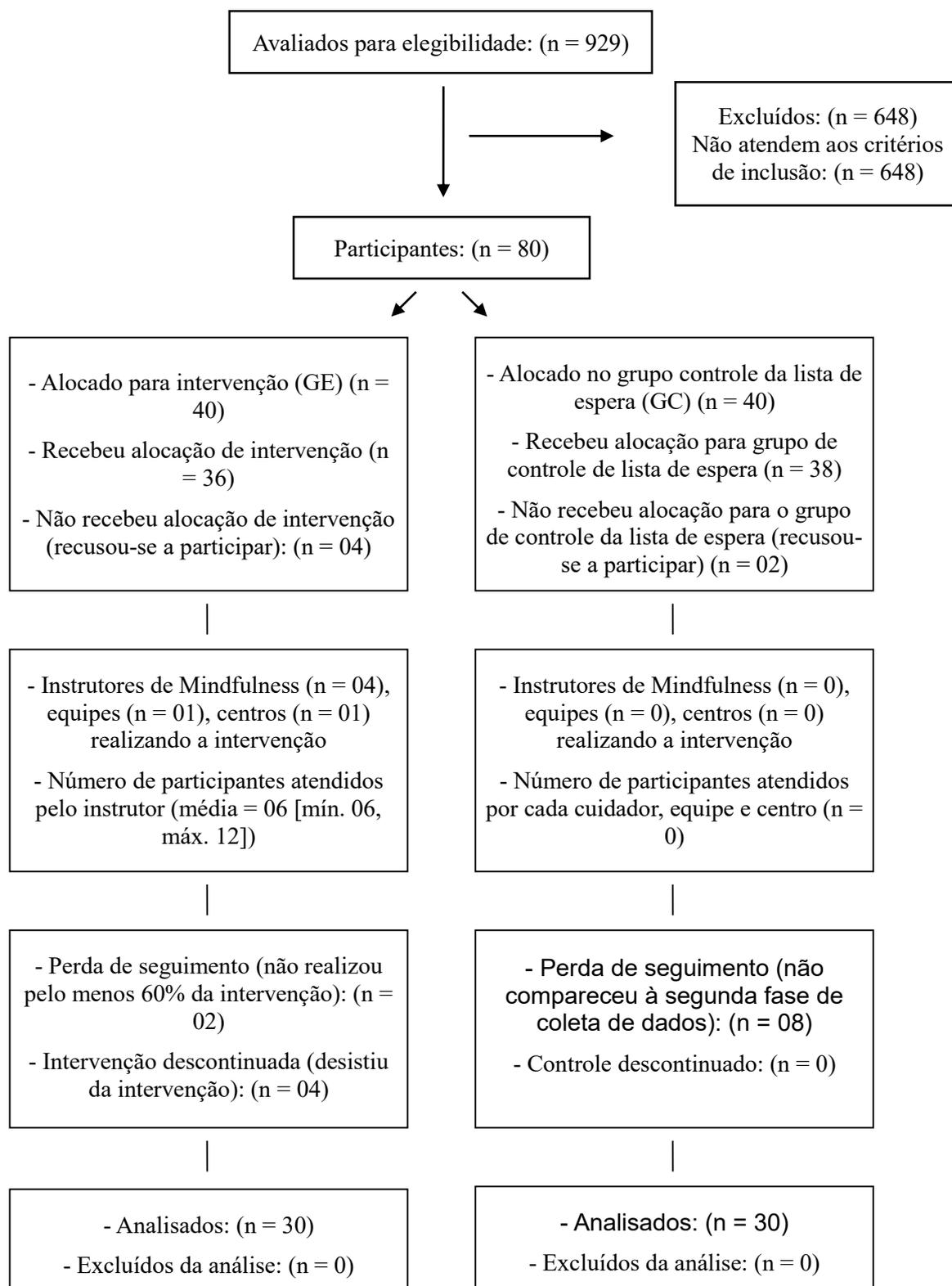
A participação média na intervenção foi de 90%, o que corresponde a oito das nove sessões contidas no MT de oito semanas. Dos 30 participantes do GE incluídos nas análises finais, 14 (46,7%) completaram todo o período de treinamento.

Dois participantes da lista de espera GC se recusaram a participar da segunda fase, alegando perda de interesse em continuar e horários conflitantes para coleta de dados. Outros oito participantes realizaram apenas a primeira etapa da coleta de dados (T0) e não compareceram à segunda (T1), sendo, portanto, excluídos das análises.

No total, 60 participantes (30 do GE e 30 do GC da lista de espera) completaram todas as fases do estudo e foram considerados para análise estatística (Figura 1).



Figura 1- Diagrama de fluxo dos participantes na segunda fase do estudo.



Fonte: Diagrama de fluxo CONSORT modificado para ensaios clínicos randomizados individuais de tratamentos não farmacológicos [31].



Características da amostra

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e as condições de trabalho e saúde da amostra. Os 60 participantes avaliados não diferiram em nenhuma das variáveis registradas no início do estudo (T0). A média de idade foi de 40,37 anos (DP = 8,88), 60% eram mulheres e 40% homens. A maioria em ambos os grupos relatou ser casada (GC 70,0% e GE 66,7%).

Os dois grupos estavam igualmente distribuídos em nível educacional (pelo menos com ensino médio completo) e nível

de trabalho (a maioria ocupando cargos de nível técnico, GC 53,3% e GE 76,7%). Algumas pessoas em ambos os grupos declararam ter alguma religião (GC 63,3% e GE 70,0%), embora nem todos pratiquem a mesma. Metade dos dois grupos relatou praticar regularmente algum exercício físico (50,0%). Poucos participantes consumiam tabaco (GC 10,0%, GE 3,3%), mas uma porcentagem considerável consumia regularmente alguma bebida alcoólica (pelo menos duas vezes por semana) (GC 53,3%, GE 33,3%).

Tabela 1- Características sociodemográficas e condições de trabalho e saúde de amostras de grupos experimentais e controle em um ensaio clínico de intervenção de Treinamento de Mindfulness (n = 60).

Características	GC (n = 30)	GE (n = 30)	Estatísticas
Idade, anos [média (DP)]	40,37 (8,88)	40,80 (8,88)	Z = 0,170. p = 0,865
Homens [n (%)]	12 (40,0)	12 (40,0)	Fisher p = 1,000
Casado [n (%)]	21 (70,0)	20 (66,7)	Fisher p = 1,000
Tem filhos [n (%)]	16 (53,3)	18 (60,0)	Fisher p = 0,795
Nível educacional [n (%)]			$\chi^2 = 1,80$. df = 2. p = 0,406
Ensino médio	6 (20,0)	7 (23,3)	
Graduação	15 (50,0)	10 (33,3)	
Pós-graduação	9 (30,9)	13 (43,3)	
Nível de função [n (%)]			Fisher p = 0,079
Básico	6 (20,0)	1 (3,3)	
Técnico	16 (53,3)	23 (76,7)	
Mais alto	8 (26,7)	6 (20,0)	
Trabalho semanal, horas [média (DP)]	39,00 (3,05)	39,87 (0,73)	Z = 1,08. p = 0,281
Tempo de trabalho, anos [média (DP)]	12,53 (8,35)	12,33 (6,94)	Z = 0,47. p = 0,639



Ter outro emprego [n (%)]	4 (13,3)	1 (3,3)	Fisher p = 0,353
Tem alguma religião [n (%)]	19 (63,3)	21 (70,0)	Fisher p = 0,785
Pratica religião [n (%)]*	8 (47,1)	12 (57,1)	Fisher p = 0,745
Exercício físico [n (%)]	15 (50,0)	15 (50,0)	Fisher p = 1,000
Uso de tabaco [n (%)]	3(10,0)	1 (3,3)	Fisher p = 0,612
Consumo de álcool [n (%)]	16 (53,3)	10 (33,3)	Fisher p = 0,192

Critério alfa = 0,05; GC: grupo controle em lista de espera; GE: grupo experimental; df: grau de liberdade; DP: desvio padrão; Z: teste de Mann-Whitney; Fisher: teste exato de Fisher; χ^2 : Teste qui-quadrado de Pearson; *2 participantes ausentes.

Perfil de saúde mental de base

O EG e o CG da lista de espera não diferiu na linha de base T0: pontuação total e sete facetas do nível de atenção plena no FFMQ-BR (valores de $p \geq 0,05$); estresse percebido ($p = 0,847$); escore de depressão ($p = 0,276$); escore de ansiedade ($p = 0,428$); burnout ($p = 0,05$).

Estado pós-intervenção

QFMQ

Após as oito semanas de MT, o GE apresentou pontuações médias mais altas do que o GC da lista de espera para a Faceta 3 - Observar (GC média = 28,35, DP = 5,68 vs. GC média = 23,86, DP = 7,06; $p = 0,010$) e Faceta 6 - Não reatividade à experiência interna (GC média = 18,30, DP = 4,72 vs. GC média = 22,21, DP = 4,28; $p = 0,002$), bem como a pontuação total do FFMQ-BR (GC média = 117,00, DP = 18,88 vs. GC média = 131,15, DP = 19,27; $p = 0,012$) (Tabela 2).

Tabela 2- Comparação entre T0 e T1 no grupo experimental GE e grupo controle de lista de espera GC no nível de atenção plena em um ensaio clínico de intervenção de Treinamento de Atenção Plena (n = 60).

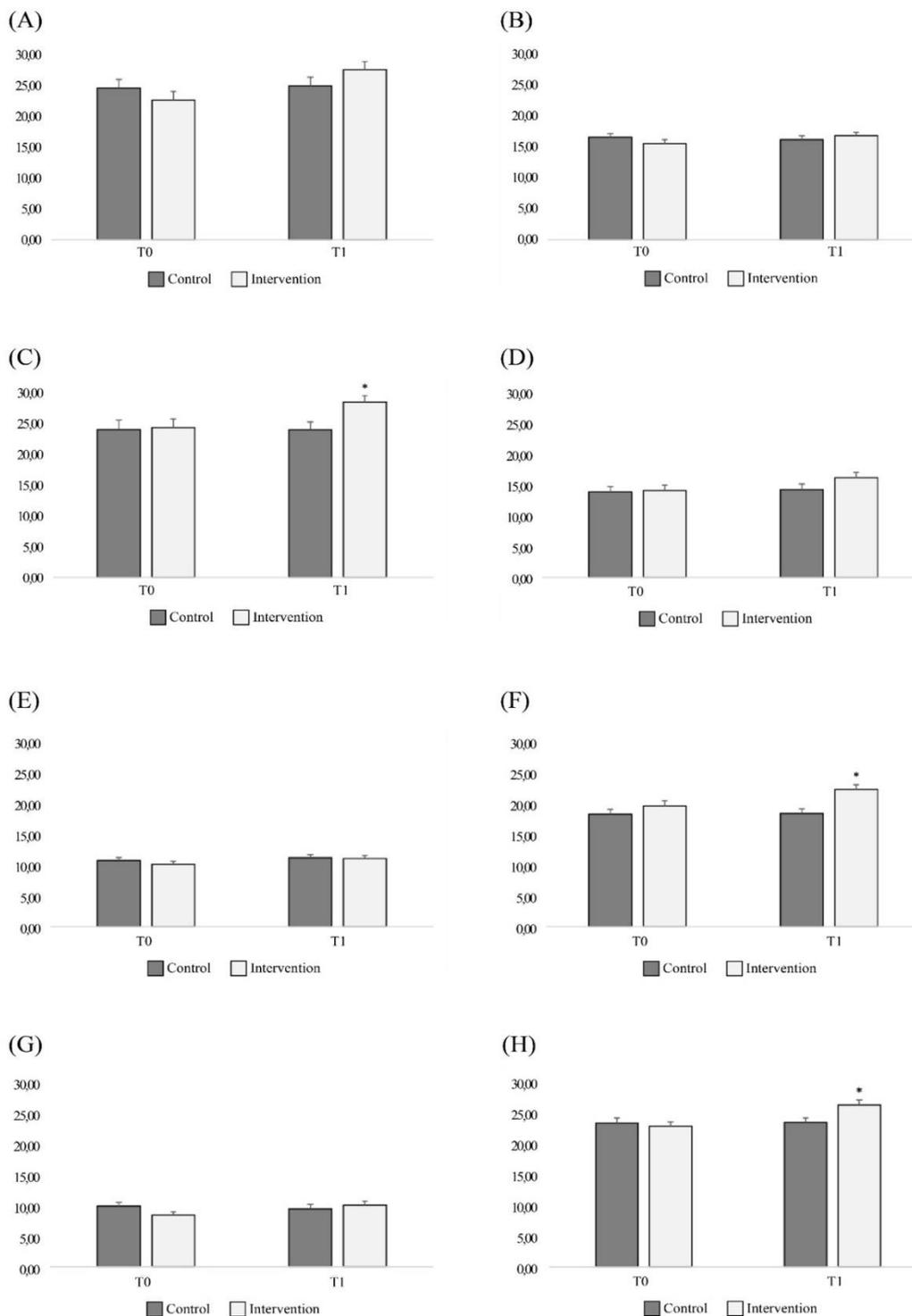
Atenção plena	Tempo	GC (n = 30)	GE (n = 30)	Teste de Mann-Whitney
Faceta 1 - Não julgamento da experiência interna - Média (DP)	Para	24,57 (7,85)	22,63 (7,54)	Z=0,97; p=0,332
	T1	24,93 (7,46)	27,53 (7,14)	Z=1,23; p=0,219
Faceta 2 - Agir com consciência - piloto	Para	16,39 (2,97)	15,56 (3,50)	Z=1,16. p=0,245



automático - Média (DP)	T1	16h00 (3,42)	16,70 (3,05)	Z=0,83. p=0,409
Faceta 3 - Observar - Média (DP)	Para	23,89 (8,01)*	24,24 (6,75)2	Z=0,07; p=0,946
	T1	23,86 (7,06)*	28,35 (5,68)2	Z=2,57; p=0,010
Faceta 4 - Descrevendo - formulação positiva - Média (DP)	Para	13,80 (4,85)	14.10 (5.07)	Z=0,16; p=0,876
	T1	14,17 (4,89)	16.10 (4.72)	Z=1,75; p=0,080
Faceta 5 - Descrevendo - formulação negativa - Média (DP)	Para	10,70 (2,63)	10.10 (2.44)	Z=0,78; p=0,438
	T1	11,17 (2,57)	11.03 (2.40)	Z=3,03; p=0,759
Faceta 6 - Não reatividade à experiência interna - Média (DP)	Para	18h20 (4h12)	19,52(4,01)**	Z=1,11; p=0,263
	T1	18h30 (4,72)	22,21 (4,28)**	Z=3,03; p=0,002
Faceta 7 - Agir com consciência - distração - Média (DP)	Para	9,83 (3,28)	8,38 (3,89)**	Z=1,40; p=0,163
	T1	9,37 (2,83)	9,97 (3,58)**	Z=1,18; p=0,238
Pontuação total (DP)	Para	116,39 (21,31)**	113,82 (17,65)***	Z=0,70; p=0,484
	T1	117,00 (18,88)**	131,15 (19,27)***	Z=2,52; p=0,012

Critério alfa = 0,05; GC: grupo controle de lista de espera; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão.*2 participantes ausentes. **1 participante ausente. ***3 participantes ausentes.

Figura 2- Média e erro padrão dos escores das facetas (1 a 7) e do escore total da atenção plena (FFMQ-BR).



Crítérios alfa < 0,05; (A) Faceta 1: $t = 1,38$. $p = 0,173$; (B) Faceta 2: $Z = 0,83$. $p = 0,409$; (C) Faceta 3: $Z = 2,57$. $p = 0,010$; (D) Faceta 4: $Z = 1,75$. $p = 0,080$; (E) Faceta 5: $Z = 0,31$. $p = 0,759$; (F) Faceta 6: $t = 3,38$. $p = 0,001$; (G) Faceta 7: $Z = 1,18$. $p = 0,238$; (H) Total do FFMQ-BR: $t = 2,98$. $p = 0,004$.

Estresse percebido

Houve redução significativa na pontuação do estresse percebido apenas no GE (que recebeu o teste de Mindfulness). Treinamento) após oito semanas de

intervenção (T1) quando comparado ao GC da lista de espera (média GC = 29,60, DP = 4,78 vs. média GE = 22,47, DP = 7,26; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação entre T0 e T1 no grupo experimental e grupo controle da lista de espera no nível de estresse percebido em um ensaio clínico de intervenção de Treinamento de Mindfulness (n = 60).

Estresse percebido	GC (n = 30)	GE (n = 30)	Teste de Mann-Whitney
Média T0 (DP)	30,73 (6,11)	30,77 (8,18)	Z=0,19; p=0,847
Média T1 (DP)	29,60 (4,78)	22,47 (7,26)	Z=3,78; p<0,001

Critério alfa = 0,005; GC: grupo controle em lista de espera; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão.

Depressão e ansiedade

Após as oito semanas de MT, os participantes apresentaram redução no nível de depressão apenas no GE quando comparado ao GC da lista de espera (GC

médio = 11,77, DP = 6,50 vs. GC médio = 6,73, DP = 6,63; $p < 0,001$) (Tabela 3) e no nível de ansiedade (GC médio = 15,13, DP = 6,35 vs. GC médio = 6,87, DP = 5,49; $p = 0,003$) (Tabela 4).

Tabela 4- Comparação entre T0 e T1 no grupo experimental e grupo controle em lista de espera no nível de depressão e ansiedade em um ensaio clínico de intervenção de Treinamento de Mindfulness (n = 60).

	GC (n = 30)	GE (n = 30)	Teste de Mann-Whitney
Depressão de Beck			
Média T0 (DP)	11,97 (7,53)	11,37 (9,16)	Z=1,09; p=0,276
Média T1 (DP)	11,77 (6,50)	6,73 (6,63)	Z=4,42; p<0,001
Beck Ansiedade			
Média T0 (DP)	14,67 (7,29)	13,27 (6,65)	Z=0,79; p=0,428
Média T1 (DP)	15,13 (6,35)	6,87 (5,49)	Z=2,98; p=0,003

Critério alfa = 0,05; GC: grupo controle em lista de espera; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão.



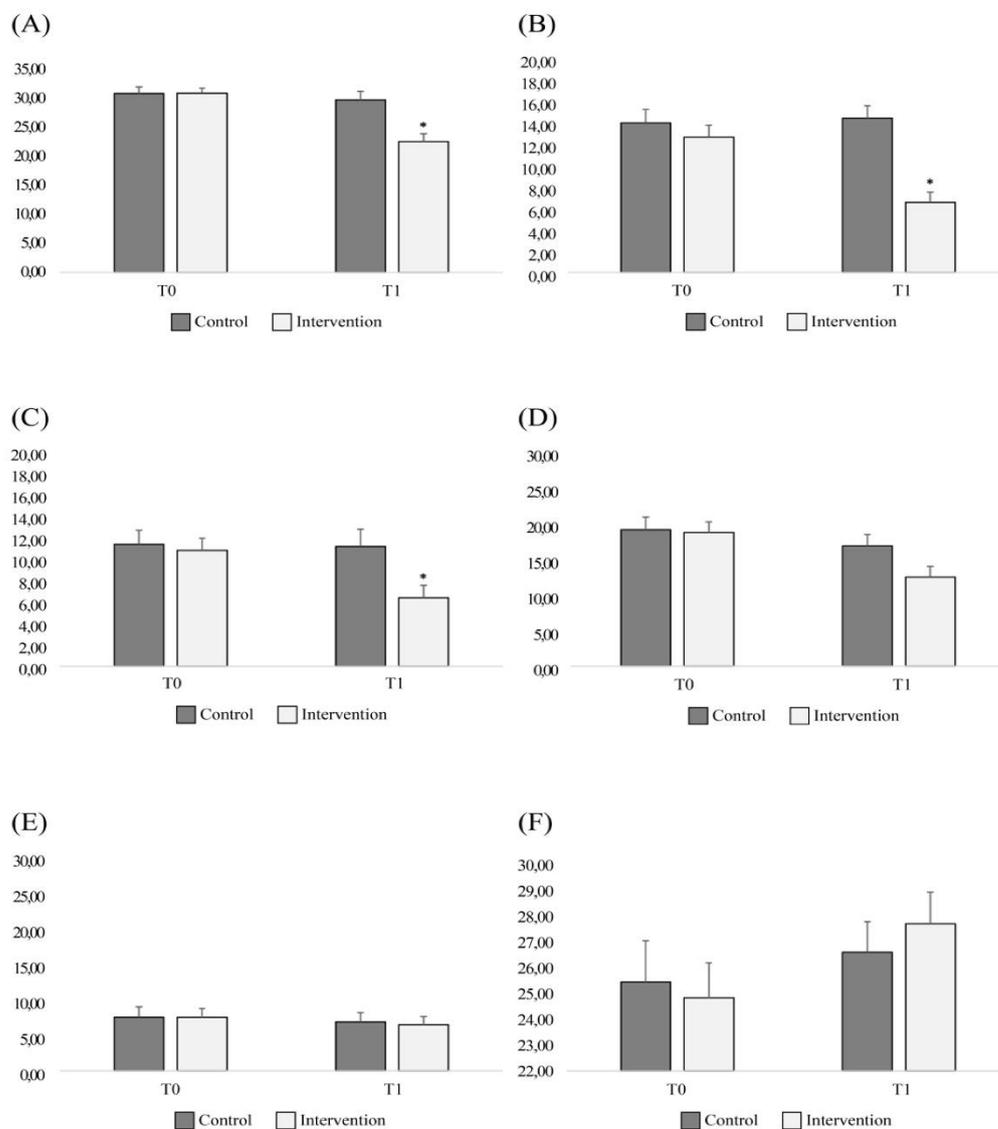
Os escores das respostas de burnout não sofreram alteração significativa após oito semanas de MT em nenhum dos escores das dimensões ou no escore total da escala MBI-GS no GE quando comparado ao GC: Exaustão Emocional: (média GC = 17,70, DP = 8,58 vs. média GC = 13,10, DP = 8,70; $p = 0,083$); Cinismo: (média GC = 7,20, DP = 7,17 vs. média GC = 7,87, DP = 7,55; $p = 0,736$); Eficácia no Trabalho: (média GC = 26,66, DP = 7,39 vs. média GC = 27,77, DP = 6,83; $p = 0,486$); e Pontuação total: (média GC = 51,34, DP = 13,05 vs. média GE = 47,63, DP = 12,17; $p = 0,314$) (Tabela 5).

Tabela 5- Comparação entre T0 e T1 no grupo experimental e grupo controle em lista de espera para nível de burnout em ensaio clínico de intervenção Mindfulness Training (n = 60).

Esgotamento	Tempo	GC (n = 30)	GE (n = 30)	Teste de Mann-Whitney
Exaustão Emocional (EE) média (DP)	Para	19,67 (9,23)	20,07 (10,29)	Z=0,02; p=0,988
	T1	17,70 (8,58)	13,10 (8,70)	Z=1,73; p=0,083
Cinismo (CY) média (DP)	Para	7,90 (8,27)	7,87 (7,55)	Z=0,22; p=0,823
	T1	7,20 (7,17)	6,77 (6,72)	Z=0,34; p=0,736
Eficácia no trabalho (EE) média (DP)	Para	25,48 (8,72)	24,97 (6,58)	Z=0,99; p=0,323
	T1	26,66 (7,39)*	27,77 (6,83)	Z=0,70; p=0,486
Média Total (DP)	Para	52,45 (14,23)*	52,50 (13,71)	Z=0,05; p=0,964
	T1	51,34 (13,05)	47,63 (12,17)	Z=1,00; p=0,314

Critério alfa = 0,05; GC: grupo controle de lista de espera; GE: grupo experimental; DP: desvio padrão. *Faltando 1 participante.

Figura 3- Média e erro padrão de (A) estresse percebido (PSS14); (B) depressão (BDI-II); (C) ansiedade (BAI); (D) esgotamento emocional (EE), (E) esgotamento cinismo (CY) e (F) esgotamento eficácia no trabalho (WE).



Crítérios alfa < 0,05; (A) PSS14: $Z = 4,42$. $p < 0,001$; (B) BDI-II: $Z = 2,98$. $p = 0,003$; (C) BAI: $t = 4,49$. $p < 0,001$; (D) EE: $Z = 1,73$. $p = 0,083$; (E) CY: $Z = 0,34$. $p = 0,736$; (F) WE: $Z = 0,70$. $p = 0,486$.

DISCUSSÃO

Adotamos um desenho de estudo quase experimental para determinar a eficácia de uma MT de oito semanas como uma intervenção de promoção da saúde mental no local de trabalho. Comparado com

o grupo de controle da lista de espera, o grupo experimental aumentou a pontuação média de atenção plena e diminuiu os níveis percebidos de estresse, depressão e ansiedade. No entanto, os efeitos sobre o



esgotamento geralmente não foram estatisticamente significativos.

Essas descobertas mostram que as intervenções de treinamento de Mindfulness têm o potencial de melhorar os parâmetros de saúde mental e diminuir os riscos de doenças mentais para os trabalhadores. Os resultados corroboram estudos anteriores com práticas baseadas em mindfulness para melhorar os parâmetros de saúde mental em amostras de trabalhadores.^{2,6,19}

Após o TM, o GE apresentou escores médios maiores que o GC no escore total de mindfulness, e um nível de significância de 0,05 foi medido pela versão brasileira do FFMQ-BR para as facetas três “observar” e seis “não reatividade à experiência interior”. O aumento do nível de mindfulness em trabalhadores pode proporcionar melhor desempenho cognitivo, melhora da autopercepção e flexibilidade psicológica, diminuição da ruminação e preocupação, impactando assim a qualidade de vida. Um alto nível de mindfulness pode contribuir para decisões mais conscientes no local de trabalho, levando a um melhor desempenho.¹

Este estudo também teve como objetivo elucidar quais aspectos da atenção plena (facetas) seriam impactados pela intervenção. Segundo estudo²⁰, a faceta “observar” correlaciona-se fortemente com o construto de “abertura à experiência”, o que pode beneficiar os trabalhadores, tornando-os mais conscientes e atentos. Uma mente mais

atenta facilita os processos cognitivos, essenciais para o bom desempenho das funções de trabalho. A abertura a novas experiências pode incentivar o aprendizado relacionado às novas tecnologias, cada vez mais presentes nos ambientes de trabalho.

Houve também um aumento significativo na faceta “não reatividade à experiência interna”. Esta faceta se refere a “permitir que os pensamentos venham e vão, sem me deixar ser afetado ou tomado por eles”, o que pode refletir em maior regulação emocional, contribuindo para reconhecer dificuldades sem deixar que emoções ou pensamentos negativos influenciem suas ações.

Aumentar esta faceta pode ser um facilitador para resolver problemas de forma mais eficaz no ambiente de trabalho e também pode estar relacionado ao aumento da autocompaixão, o que pode ajudar os trabalhadores a reduzir a sobrecarga e a culpa, tornando-se mais compreensivos consigo mesmos.²¹

O grupo experimental também apresentou diminuição nos níveis de estresse percebido. Esse resultado é consistente com uma revisão sistemática da literatura que mostra que intervenções com práticas baseadas em mindfulness apresentam resultados positivos na diminuição do estresse percebido em trabalhadores.⁶

Altos níveis de estresse percebido estão associados a vários biomarcadores



fisiológicos relacionados ao estresse, como hiper-reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, marcadores imunológicos, cardiovasculares e de função metabólica. Quando o estresse percebido se torna crônico, ele constitui um fator de risco moderadamente aumentado para doenças cardiovasculares e um fator de risco significativo para o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

O estresse percebido também pode comprometer o desempenho do indivíduo no trabalho e impactar o ambiente de trabalho, gerando um clima organizacional conflitante e reduzindo a eficácia institucional. Níveis mais baixos de estresse percebido podem afetar a melhora da saúde física e mental, conferindo um fator de proteção para a prevenção de doenças associadas a esse desfecho, além de contribuir para um maior desempenho cognitivo e promover um ambiente de trabalho mais amigável, com melhores relacionamentos entre os colegas de trabalho.

Outro resultado significativo no presente estudo após a intervenção de MT de oito semanas foi a redução média dos níveis de depressão e ansiedade. Poucos estudos demonstraram os efeitos de práticas baseadas em mindfulness na sintomatologia de depressão e ansiedade em populações não clínicas. Os resultados obtidos após MT estão em linha com aqueles mostrados em uma revisão sistemática da literatura²², onde os

autores apresentaram resultados psicológicos positivos relacionados à diminuição da depressão e ansiedade em populações não clínicas por meio de intervenções baseadas em mindfulness, considerando-a como uma modalidade promissora para o gerenciamento do estresse em populações não clínicas.

Sintomas de depressão e ansiedade podem afetar o desempenho no trabalho, levando a maior absenteísmo e diminuição do desempenho nas funções laborais. Trabalhadores que apresentam sintomas positivos para depressão e ansiedade podem se beneficiar dos resultados obtidos com a TM, uma vez que a diminuição desses parâmetros tem impacto positivo na saúde mental, o que pode refletir em melhora nas atividades dinâmicas no trabalho.

Em relação ao efeito de MT sobre os níveis de burnout, embora os participantes do GE na presente intervenção tenham mostrado tendências em direção a mudanças positivas na melhora do burnout, não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os grupos de controle experimental e de lista de espera em um nível de significância de 0,05. A literatura mostrou redução do burnout em trabalhadores após intervenções baseadas em mindfulness.^{2,5,6}

Os autores mencionados anteriormente apontaram para a necessidade de mais investigações sobre o burnout em diferentes contextos para melhor compreender as causas e efeitos da síndrome.



Há uma ausência de estudos controlados na literatura científica brasileira que tenham avaliado o impacto de práticas baseadas em mindfulness no burnout.

A escala de burnout utilizada no presente estudo (MBI-GS) aborda aspectos gerais do trabalho e entende o burnout como uma “crise do indivíduo relacionada ao trabalho”. É possível que os níveis de burnout após a TM não tenham apresentado diminuição significativa porque a intervenção não consiste na inserção de mudanças na estrutura da organização do trabalho, que remetem mais diretamente às questões de escala.

Embora os resultados obtidos no presente estudo não tenham alcançado efeito estatisticamente significativo sobre o burnout, os benefícios apresentados após a intervenção quanto ao aumento do nível de mindfulness e redução dos níveis percebidos de estresse, ansiedade e depressão implicam em melhora do bem-estar psicológico dos trabalhadores. Esse resultado infere que a prevenção do burnout, uma vez que sua ocorrência é geralmente precedida ou acompanhada por períodos prolongados de estresse.

Desenvolver e cultivar um estado de atenção plena gera benefícios em aspectos clínicos associados à psicopatologia e melhora nas relações interpessoais, qualidade de vida, enfrentamento e regulação emocional. Os resultados obtidos no presente

estudo inferem que intervenções de atenção plena constituem uma alternativa não farmacológica, de baixo custo e autossustentável, com efeitos positivos na melhoria da saúde mental dos trabalhadores e podem contribuir para um ambiente de trabalho mais saudável.

Algumas limitações a destacar são que os participantes do GC sabiam que estavam na condição de lista de espera e dados relacionados à raça ou etnia não foram coletados.

Implicações para a prática da saúde no trabalho

Pesquisas sobre alternativas que promovam a redução do estresse e o aumento do bem-estar, como práticas de atenção plena, devem ser ampliadas e disseminadas nos locais de trabalho como uma estratégia para promover e restaurar a saúde mental.

Os resultados têm implicações e podem dar suporte metodológico a pesquisadores de mindfulness e saúde ocupacional que projetam, implementam e mantêm programas de saúde e bem-estar em ambientes de trabalho. Este ensaio pode contribuir com o suporte metodológico para futuras pesquisas sobre o tema e para a implementação de práticas de mindfulness em contextos de trabalho. Após realizar o MT, o indivíduo se torna capaz de realizar as práticas sozinho, incorporando os conceitos



de mindfulness em suas vidas diárias e sustentando os benefícios obtidos.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos indicam que a MT resultou em aumento da atenção plena e redução dos níveis percebidos de estresse, depressão e ansiedade em uma amostra de trabalhadores universitários não docentes. Esses resultados demonstram o potencial benéfico do treinamento de atenção plena para uma amostra não clínica. Considera-se que os resultados do presente estudo mostram a eficácia de uma prática de baixo custo com múltiplos benefícios para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Passmore J. Mindfulness in organizations (part 1): a critical literature review. *Ind Commer Train*. [Internet]. 2019 [citado em 11 dez 2024]; 51(2):104-13. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ict-07-2018-0063/full/pdf?title=mindfulness-in-organizations-part-1-a-critical-literature-review>
2. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. [Internet]. 2016 [citado em 11 dez 2024]; 46:683-97. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/2AD6672BE73FB23B329DC9EED4E11985/S0033291715002408a.pdf/workplace-interventions-for-common-mental-disorders-a-systematic-meta-review.pdf>
3. Fernandes MA, Ribeiro HKP, Santos JDM, Monteiro CFS, Costa RDS, Soares RFS. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [citado em 11 dez 2024]; 71(Suppl 5):2213-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BJjn3CpqWBMPky8GNNGBCBS/?format=pdf&lang=en>
4. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences* [Internet]. 2003 [citado em 11 dez 2024]; 8(2):73-107. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2004-19791-008>
5. Creswell JD. Mindfulness interventions. *Ann Rev Psychol*. [Internet]. 2017 [citado em 11 dez 2024]; 68:491-516. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-psych-042716-051139#>
6. Vonderlin R, Biermann M, Bohus M, Lyssenko L. Mindfulness-based programs in the workplace: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2020 [citado em 11 dez 2024]; 11:1579-98. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12671-020-01328-3.pdf>
7. Amobi D, Okeke C, Chukwuemeka E. Occupational stress and the performance of non-teaching staff of selected universities in the south eastern Nigeria. *Management Studies and Economic Systems* [Internet]. 2017 [citado em 11 dez 2024]; 3(3):183-96. Disponível em: https://www.msae.org/article_49235_cac2080fb74386292d97290ab9e5eb89.pdf
8. Gavin RS, Reisdorfer E, Zanetti ACG, Gherardi-Donato ECS. Relationships between anxiety and depression in the workplace: epidemiological study among workers in a public university. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health* [Internet]. 2017 [citado em 11 dez 2024]; 9(23):24-38. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68895/41457>



9. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado em 11 dez 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
10. Barbour V, Bhui K, Chescheir N, Clavien PA, Diener MK, Glasziou P, et al. CONSORT Statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Ann Intern Med.* [Internet]. 2017 [citado em 11 dez 2024]; 167(1):40-7. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M17-0046>
11. Gherardi-Donato EC. O Mindfulness Trainings International (MTi) e a formação de instrutores de mindfulness no Brasil. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* [Internet]. 2018 [citado em 11 dez 2024]; 14(2):62-4. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/01.pdf>
12. British Association of Mindfulness-Based Approaches. Uk Network for Mindfulness-Based Teacher Training Organizations. Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses [Internet]. Londres: BAMBA; 2015 [citado em 11 dez 2024]. Disponível em: <https://bamba.org.uk/>
13. Barros VV, Kozasa EH, Souza ICW, Ronzani TM. Validity evidence of the brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicol Teor Pesqui.* [Internet]. 2014 [citado em 11 dez 2024]; 30(3):317-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HHtH6hLBjLDMsCkYSwWKJck/?format=pdf&lang=en>
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* [Internet]. 1983 [citado em 11 dez 2024]; 24(4):385-96. Disponível em: <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/globalmeas83.pdf>
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* [Internet]. 1961 [citado em 11 dez 2024]; 4(6):561-71. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/articlepdf/487993/archpsyc_4_6_004.pdf
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* [Internet]. 1988 [citado em 11 dez 2024]; 56(6):893-7. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-10559-001.pdf>
17. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach burnout inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. *Evaluating stress: a book of resources.* Lanham, MD: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
18. Younge JO, Wery MF, Gotink RA, Utens EMWJ, Michels M, Rizopoulos D, et al. Web-based mindfulness intervention in heart disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado em 11 dez 2024]; 10(12):e0143843. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0143843&type=printable>
19. Arredondo M, Sabaté M, Valveny N, Langa M, Dosantos R, Moreno J, et al. A mindfulness training program based on brief practices (M-PBI) to reduce stress in the workplace: a randomised controlled pilot study. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2017 [citado em 11 dez 2024]; 23(1):40-51. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10773525.2017.1386607?scroll=top&needAccess=true>
20. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* [Internet]. 2006 [citado em 11 dez 2024]; 13(1):27-45. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/reader/10.1177/1073191105283504>



21. Huang SL, Li RH, Huang FY, Tang FC. The potential for mindfulness-based intervention in workplace mental health promotion: Results of a randomized controlled trial. PLoS ONE [Internet]. 2015 [citado em 11 dez 2024]; 10(9):e0138089. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0138089&type=printable>

22. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. J Evid Based Integr Med. [Internet]. 2014 [citado em 11 dez 2024]; 19(4):271-86. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2156587214543143?download=true>

RECEBIDO: 14/12/23

APROVADO: 10/11/24

PUBLICADO: 11/2024

