



ARTIGO ORIGINAL

Análise de viabilidade do Programa de Treinamento em Mindfulness para adultos

Feasibility Analysis of the Mindfulness Training Program for Adults

Alessandra de Fátima Almeida Assumpção^a

Cássia de Alcântara^b

Nazaré de Oliveira Almeida^c

Carmem Beatriz Neufeld^d

Maycoln Leôni Martins Teodoro^e

^a Psicóloga Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Psicologia. Departamento de Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais – MG – Brasil.

^b Psicóloga Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Minas Gerais – MG – Brasil.

^c Doutoranda em Psicologia. Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo – SP – Brasil.

^d Doutora em Psicologia e professora do Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo – SP – Brasil.

^e Doutor em Psicologia e professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais – MG – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180010

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Resumo

As intervenções baseadas em mindfulness (IBMs) tiveram crescimento exponencial nas últimas três décadas. Grande parte do interesse pela área advém dos efeitos positivos na qualidade de vida e na diminuição de sintomas psicopatológicos além dos resultados robustos de eficiência e eficácia para diferentes condições médicas e psiquiátricas. O “Programa de Treinamento em Mindfulness para adultos” foi desenvolvido a partir do programa Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) e se trata de um treinamento de atenção plena com duração de seis sessões, de 90 minutos cada, para adultos com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e de estresse. O objetivo do presente estudo foi analisar a viabilidade do programa para que, futuramente, ele seja aplicado em maior escala (estudo clínico randomizado). O programa foi realizado com 34 participantes no Serviço de Psicologia Aplicada/UFMG. A análise de viabilidade consistiu na criação e verificação de 13 categorias nas quais foram apurados itens como: recrutamento, triagem, adesão, assimilação de conteúdos e prática, dentre outros. Após a intervenção, verificou-se a necessidade de modificação e adequação de cinco categorias para posterior condução de um estudo maior para avaliar a eficácia da intervenção. Estudos de análise de viabilidade são recomendáveis para assegurar que as lições aprendidas com os erros e os acertos em outras pesquisas sejam compartilhadas na comunidade científica.

Palavras-chave: Depressão; Estresse Psicológico; Ansiedade; Estudantes.

Abstract

Mindfulness-based interventions (MBIs) have grown exponentially over the past three decades. Much of the interest in the area comes from positive effects in increasing quality of life levels and reduction of psychopathological symptoms in addition to the robust results of efficiency and effectiveness for different medical and psychiatric conditions. The “Mindfulness Training Program for Adults” was developed from the Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) program and is a six-session, 90-minute, mindfulness training for adults with mild symptoms and moderate depression, anxiety and stress. The aim of the present study was to analyze the program feasibility so that it can be applied in a larger scale in the future (randomized clinical study). The program was carried out with 34 participants at Applied Psychology Service/ UFMG. The feasibility analysis consisted of the creation and verification of 13 categories in which items such as recruitment, screening, adherence, content assimilation and practice were identified, among others. After the intervention, it was verified the necessity of modification and adequacy of five categories for later conduction of a larger study to evaluate the effectiveness of the intervention. Feasibility analysis studies are recommended to ensure that the lessons learned from the mistakes and successes in other research are shared in the scientific community.

Keywords: Depression; Anxiety; Stress, Psychological; Students.

Introdução

As intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs) tiveram crescimento exponencial nas últimas três décadas. Grande parte do interesse pela área advém dos resultados promissores de estudos científicos bem como da ampla cobertura midiática sobre esses achados por meio de publicações sobre os benefícios potenciais das intervenções com *mindfulness*¹. Há muitos estudos robustos com evidências de eficácia e de efetividade das IBMs para diferentes transtornos psiquiátricos, tais como: transtorno de substâncias psicoativas², transtorno depressivo^{3,4} e transtornos alimentares⁵. Somam-se a essas evidências, intervenções para grupos não clínicos no treinamento de aspectos cognitivos como atenção, concentração e memória⁶. As IBMs podem ser aplicadas em todas as fases do desenvolvimento humano desde a infância⁷ até a velhice. Além disso, se trata de uma abordagem não farmacológica e que pode ser praticada virtualmente em qualquer lugar e a qualquer hora⁹.

O termo *mindfulness* é de difícil compreensão, visto que apresenta quatro aplicações diferentes. Tal construto pode se referir (1) ao estado ou processo da consciência, (2) a um traço de personalidade, (3) às práticas do tipo *mindfulness* e (4) às IBMs. No que diz respeito ao *mindfulness* como estado ou processo da consciência, ele pode ser compreendido como uma capacidade intrínseca e modificável da mente humana e, é definido como prestar atenção de uma maneira particular no presente momento: intencional, sem julgamento, de maneira amorosa, compassiva e com abertura e interesse à experiência^{10,11}.

Enquanto traço de personalidade, *mindfulness* pode ser compreendido como uma qualidade da mente humana que está presente em maior ou menor grau em todas as pessoas. *Mindfulness* é um construto multifacetado entendido como um conjunto de habilidades -que podem ser ensinadas e apreendidas- que inclui: agir com consciência (*awareness*), aceitação, não julgamento, não reatividade e não evitação das experiências¹³.

Assim, por meio do treinamento de práticas de meditação do tipo *mindfulness*, é possível aprender e desenvolver graus mais elevados de *mindfulness* e, com isso, auxiliar no desenvolvimento de melhores estratégias de enfrentamento e na criação de um estilo de vida mais saudável. No que tange às IBMs, elas podem ser compreendidas como diferentes intervenções que apresentam como objetivo central o treinamento mental para o cultivo de estados de *mindfulness* no cotidiano que servem como estratégia de enfrentamento como: estresse, depressão recorrente, dor crônica, dentre outros¹⁴. A prática de *mindfulness* enfatiza a observação dos eventos presentes em vez de compará-los, avaliá-los ou ruminá-los com experiências do passado ou do futuro¹².

Conforme Creswell (2017)¹, a proposta de *mindfulness* contrasta com grande parte da experiência diária de nossas vidas, na qual estamos constantemente divagando em nossos próprios pensamentos, ruminando sobre o passado, preocupados com o futuro, agindo no piloto automático ou suprimindo experiências indesejáveis. A partir dessa compreensão de como não estamos atentos à experiência do momento presente e a importância desse estado (estar no presente) e do desenvolvimento do traço *mindfulness*, surgiram as IBMs no contexto científico. Essas abordagens tiveram início nos Estados Unidos, no final da década de 1970, com a criação do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR), desenvolvido pelo médico Jon Kabat-Zinn do Instituto de Medicina de Massachusetts. O pesquisador que tinha prática pessoal da meditação

do tipo *mindfulness* desenvolveu um programa que fosse acessível para leigos, isto é, não atrelado à religião budista, visando à redução do estresse em pacientes com dor crônica. Desde aquela época as pesquisas com MBSR têm mostrado boa eficácia no tratamento para diferentes condições clínicas e transtornos psiquiátricos¹⁴.

No início da década de 1990, os psicólogos John Teasdale, Mark Williams e Zindel Segal hipotetizaram que o treinamento de *mindfulness* poderia causar efeitos positivos na prevenção da recaída da depressão recorrente. Influenciados pelo programa MBSR de Kabat-Zinn eles criaram também uma intervenção de oito semanas que continha, além das práticas de *mindfulness*, a teoria subjacente da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e deram origem a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT). Em decorrência da eficácia obtida no programa para prevenção de recaída da depressão recorrente, o MBCT passou a fazer parte dos tratamentos psicológicos convencionais baseados em evidências. O estudo de Einsendrath e colaboradores (2016)¹⁵ aponta que a intervenção reduz as chances de recaída em 40 a 50% nas pessoas que já sofreram três ou mais episódios de depressão. O MBCT é inclusive recomendado desde 2009 pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence*¹⁶ do Reino Unido como intervenção padrão para evitar a reincidência de depressão, para aqueles com histórico de três ou mais crises em suas Diretrizes para a Gestão da Depressão. Ainda não há estudos publicados no Brasil com resultados de IBMs.

A partir de resultados promissores do MBCT foi desenvolvido pelos autores do estudo, o “Programa de Treinamento em *Mindfulness* para adultos”. Optou-se pela utilização do MBCT devido aos dados de eficácia e efetividade no tratamento de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse que são os sintomas-alvo da intervenção. Além disso, os autores apresentam formação acadêmica e experiência clínica na abordagem cognitivo-comportamental.

O objetivo do presente estudo foi analisar a viabilidade do programa para que, futuramente, seja realizado um estudo clínico controlado e randomizado que verificará a eficácia do programa planejado para a população brasileira. Para tanto, foram avaliadas 13 categorias, a saber: (1) recrutamento, (2) critérios de elegibilidade, (3) triagem, (4) adesão ao tratamento, (5) adesão às tarefas de casa, (6) tempo das sessões e das tarefas, (7) trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, (8) adequação do conteúdo do manual, (9) assimilação do conteúdo, (10) assimilação das práticas, (11) adequação da terapeuta, (12) local de realização do grupo e (13) tempo de intervenção.

Material e método

Optou-se por realizar uma análise de viabilidade visto que é uma metodologia conduzida em diferentes áreas clínicas e apresentam como objetivo central examinar se determinado estudo pode ser realizado em maior escala, em especial, se for um ensaio clínico randomizado. Por meio desse tipo de estudo é possível avaliar (1) o processo da pesquisa, (2) os recursos (tempo, custos, equipe), (3) os problemas que podem ocorrer no estudo principal, (4) o gerenciamento do projeto (recursos humanos, comunicação, escopo, custo, risco,

qualidade e integração de informações relativos à coleta, arquivamento e análise dos dados) e (5) a avaliação do efeito do tratamento e dos procedimentos éticos de pesquisas¹⁷.

Participantes e desenho

O estudo tratou-se de uma análise de viabilidade na qual estudantes universitários (da graduação e da pós-graduação) foram recrutados no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA). A divulgação aconteceu por meio da rede social *Facebook* (página do programa, nas páginas da UFMG de diferentes cursos e em perfis pessoais), do *Whatsapp*, de cartazes divulgados no *website* da instituição e por email para grupos de pesquisa e diferentes departamentos da universidade. Os participantes interessados eram orientados a enviar um email para atencaoplenuaufmg@gmail.com para receberem maiores informações sobre a intervenção. Os interessados em participar da pesquisa, após os esclarecimentos, foram agendados para realização da entrevista. Os participantes foram avaliados no SPA entre os meses de agosto a setembro de 2017 e as intervenções aconteceram entre outubro e dezembro de 2017. Todos os participantes foram submetidos a uma entrevista para verificação de variáveis sociodemográficas e da condição médica e psiquiátrica. Para tanto, realizaram uma bateria de testes para avaliação dos critérios de inclusão e exclusão de sintomas de depressão, de ansiedade, de estresse e de psicopatologia severa.

Foram avaliados como critérios de inclusão: estar regularmente matriculado na UFMG; homens e mulheres com idade superior a 17 anos e inferior a 60 anos; apresentar escore entre 14 e 28 no Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II); ter escores maiores que zero no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e na Escala de Estresse Percebida (PSS). Os critérios de exclusão avaliados foram: apresentar epilepsia ou outro transtorno neurocognitivo; ter prática regular de meditação do tipo *mindfulness* há mais de 6 meses e relatar histórico recente (últimos 12 meses) de psicopatologia severa (psicose, risco e tentativa de suicídio, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático). Os dados foram coletados por uma equipe da pesquisa devidamente treinada para realizar a avaliação.

Instrumentos

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O instrumento original foi desenvolvido por Beck e colaboradores em 1961 e traduzida e adaptada para o Brasil por Cunha (2001)¹⁸. Em 1996 foi atualizada por Beck e colaboradores e passou por diversos estudos de validade no Brasil¹⁹. No estudo de Gomes-Oliveira e colaboradores (2012)²⁰ a consistência interna encontrada foi de 0,93 para adultos e a confiabilidade foi de 0,65. É um instrumento de autorrelato estruturado em 21 itens, referentes a sintomas e atividades para verificação de sintomas de depressão, que devem ser respondidos por meio de uma escala Likert de 0 a 3. A interpretação dos dados segue o seguinte padrão: escores entre 0 a 13 (mínimo); escores de 14 a 19 (depressão leve); escores de 20 a 28 (depressão moderada); escores de 29 a 63 (depressão severa).

Inventário Beck de Ansiedade (BAI)

Criado por Beck e colaboradores (1990), originalmente foi desenvolvido para uso com pacientes psiquiátricos adultos, sendo posteriormente validado para uso com outras populações. No Brasil, o BAI foi validado por Cunha (2001)¹⁸ e a consistência interna encontrada variou entre 0,92-0,94 para adultos e a confiabilidade foi de 0,75. O BAI é um instrumento de autorrelato estruturado em 21 itens, referentes a sintomas e atividades para verificação de sintomas de ansiedade, que devem ser respondidos por meio de uma escala Likert de 0 a 3. A interpretação dos dados segue o seguinte padrão: escores entre 0 a 10 (ansiedade mínima); escores de 11 a 19 (ansiedade leve); escores de 20 a 30 (ansiedade moderada); escores de 31 a 63 (ansiedade grave).

Escala de Estresse Percebida (PSS)

Instrumento de autorrelato desenvolvido por Cohen, Karmarck e Mermelstein (1983)²², traduzida e validada para o Brasil por Luft e colaboradores (2007)²³. O instrumento obteve índice de confiabilidade de 0,82 na versão brasileira contendo quatorze questões em escala do tipo Likert (0 = nunca a 4 = sempre), sendo que o escore final varia entre 0 e 56. Quanto maior for o escore final, maiores são os níveis de estresse percebido. A escala avalia os níveis de estresse nos últimos 30 dias. A média geral apresentada pela população foi de 21,37 pontos no estudo de Luft e colaboradores (2007)²³.

A Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

É uma entrevista diagnóstica padronizada breve que segue os critérios chaves do DSM-IV^{24,25}. Optou-se pela utilização dessa medida visto que não há ainda a adaptação da MINI com os critérios do DSM-5. Todavia, as modificações da nova edição foram observadas no presente estudo. Foram avaliados apenas os seguintes critérios/transtornos: Episódio depressivo maior (EDM), EDM com características melancólicas, Distímia, Risco de suicídio, Episódio (hipo) maníaco, Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Síndrome Psicótica.

Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG em 20 de abril de 2017 com aprovação de número 2.025.573. O ensaio clínico randomizado foi inscrito na Plataforma REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) em 21 de julho de 2017 sob o registro RBR-4mmvpc.

O programa

O programa desenvolvido foi baseado principalmente na intervenção original da MBCT “*Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression*” de Segal, Williams e Teasdale (2002)²⁶. Ademais, foram acrescentadas algumas explicações, atividades e práticas propostas nos livros subsequentes que são “Atenção plena: como encontrar a paz em um mundo frenético” de Williams e Penman (2015)²⁷ e “Manual prático de *Mindfulness*: meditação da atenção plena” de Teasdale, Williams e Segal (2016)²⁸, os quais abordam não apenas os sintomas depressivos, mas incluem também os sintomas ansiosos e de estresse.

O núcleo central do programa foi mantido, isto é, os temas e os objetivos das semanas foram preservados conforme a proposta original (Tabela 1 e 2). Todavia, alguns pontos foram retirados ou adaptados de acordo com a viabilidade de replicação do programa. Dentre as alterações realizadas destacam-se:

1. Foi excluído o retiro de 8 horas. Optou-se por não fazer essa sessão pela inviabilidade de espaço institucional, de recursos e da dificuldade alegada por parte dos participantes que não se dispuseram a realizar o retiro;
2. Houve uma diminuição de oito para seis sessões. Optou-se por fazer essas adequações com base na falta de evidência sobre a quantidade ótima de números de sessões para obter os mesmos resultados positivos do programa de oito semanas^{1,29};
3. A proposta de 2 a 2h30 de prática preconizada pelo programa foi alterada para 1h30 devido novamente a inviabilidade de espaços institucionais e as dificuldades alegadas pelos participantes de participação em uma atividade tão extensa;
4. Tendo em vista ainda a questão temporal, apesar de serem sugeridas na MBCT práticas diárias de 30 a 45 minutos, optou-se por apresentar uma progressão das práticas de atenção plena começando com focos de consciência mais fáceis e de curta duração e, gradualmente, expandindo para práticas mais desafiadoras e longas indo de 6 a 25 minutos diários. Para realizar essa mudança, parte-se da ideia central que a consistência e a qualidade da prática talvez sejam mais importantes do que a quantidade²⁹;
5. A prática de casa sugerida no presente programa é de cinco vezes por semana e não de seis vezes como proposto no protocolo original. Tais alterações se fundamentam na literatura que aponta não haver dados robustos sobre o tempo ótimo da prática em casa para as intervenções baseadas em *mindfulness*¹.

Tabela 1. Síntese do programa.

Tema por sessão	Práticas de meditação Durante a sessão	Atividades durante a sessão	Tarefas de casa
1. Introdução à atenção plena e ao piloto automático	Escaneamento corporal.	Apresentação; Definição das regras do grupo; Psicoeducação sobre <i>Mindfulness</i> ; Atividade- objetivos para meditar; Explicação das tarefas de casa.	Prática de meditação-do corpo e da respiração; Prática informal de meditação; Registro de prática semanal; Folhetos- “Introdução aos grupos” e “O que é atenção plena”.
2. Outra maneira de conhecimento	Meditação da respiração; Meditação de 3 minutos.	Revisão da sessão anterior; Atividade dos sentimentos e pensamentos; Explicação das tarefas de casa.	Prática de meditação da respiração; Registro de prática semanal; Diário de experiências agradáveis; Folheto- “Apreciação do aqui e agora”.
3. Ficando no presente	Meditação combinada de alongamento e respiração; Meditação de 3 minutos.	Revisão da sessão anterior; Explicação das tarefas de casa.	Prática da meditação de 3 minutos Registro de prática semanal; Diário de eventos desagradáveis; Folheto- “A divagação da mente”.
4. Reconhecendo a aversão	Meditação dos sons e pensamentos; Meditação de 3 minutos.	Revisão da sessão anterior; Psicoeducação sobre a aversão; Atividade- Encarando os pensamentos negativos com menos aversão; Explicação das tarefas de casa.	Prática da meditação de sons e pensamentos; Praticar meditação de 3 minutos em situações de aversão; Registro de prática semanal; Folheto - “As duas flechas”.
5. Deixe as coisas serem como elas já são	Meditação explorando as dificuldades; Meditação de aceitação e compaixão.	Revisão da sessão anterior; Explicação das tarefas de casa.	Prática da meditação de explorar as dificuldades; Meditação de aceitação e compaixão; Registro de prática semanal; Folheto- “O rei que achou mais fácil viver com suas dificuldades”.
6. Manutenção e ampliação dos conhecimentos	Escaneamento corporal.	Revisão da sessão anterior; Atividade- Tecendo o próprio paraquedas.	Prática da meditação de escolha; Agendar o encontro após 3 meses de finalização do grupo.

Tabela 2. Objetivos das sessões.

Sessões	Objetivos
1	Conhecer o grupo; Explicar o funcionamento do programa; Definir as regras para convivência em grupo; Definir <i>mindfulness</i> e piloto automático; Discutir sobre as práticas formais e informais de <i>mindfulness</i> ; Introduzir a prática: escaneamento corporal. Discutir e eliciar motivações para praticar meditação em casa; Discutir horários e locais para a prática meditativa em casa.
2	Introduzir a prática de meditação da respiração; Introduzir a perspectiva metacognitiva; Relacionar a perspectiva metacognitiva aos sintomas depressivos, ansiosos e de estresse; Refletir sobre experiências prazerosas no cotidiano.
3	Aprender a usar a respiração para voltar para o aqui e agora; Explorar um entendimento experiencial sobre a atitude <i>mindfulness</i> no dia a dia; Atentar-se conscientemente ao corpo em movimento; Refletir sobre experiências desagradáveis no cotidiano.
4	Explorar novas maneiras de se relacionar com emoções intensas, sensações corporais e pensamentos; Aprender a usar os sons para sair do piloto automático ao trazer a atenção de volta à audição; Perceber que os pensamentos são apenas pensamentos e que os estados depressivo, ansioso e de estresse pode influenciá-los. Começar a usar a prática diariamente, especialmente, em momentos que surgirem sentimentos desagradáveis.
5	Discutir conceitos como: aceitação, abertura, transitoriedade dos pensamentos e das emoções e deixar ser e estar; Reconhecer a dificuldade, nomeá-la e notar a natureza das dificuldades nas reações corporais; Entrar em contato com a aceitação e a compaixão.
6	Discutir sobre o que foi aprendido ao longo do programa e sobre como o conhecimento adquirido e vivenciado pode ser mantido no dia a dia; Traçar um planejamento para continuar a prática após o programa.

Todas as sessões foram realizadas por uma psicóloga (primeira autora) sob a supervisão de uma instrutora certificada em *Mindfulness* pelo *Mente Aberta* (UNIFESP) e pelo *Oxford Mindfulness Centre* (terceira autora). Todas as sessões dos quatro grupos foram gravadas. Posteriormente, as sessões foram assistidas e discutidas com a supervisionanda via *Skype*.

Os componentes centrais da intervenção foram práticas formais e informais de *mindfulness*, atividades sobre o tema proposto em cada sessão, bem como o desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais para lidar com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

As sessões seguem o mesmo padrão no qual se inicia o encontro com a discussão das tarefas de casa da

sessão anterior, subseqüentemente, é realizada uma breve exposição sobre o tema da semana acompanhada por uma ou duas atividades para reforçar o conteúdo apresentado. Em seguida, são feitas uma ou duas práticas de *mindfulness*. Após essas atividades, são explicadas as tarefas da próxima semana e encerra-se o encontro. Em cada sessão foram entregues folhetos para discutir conceitos e propiciar reflexões na atividade de casa. Além disso, foram indicadas práticas meditativas com o uso de um CD com as meditações guiadas. Durante essas sessões, foram utilizadas metáforas e poesias para trabalhar alguns conceitos.

Análise de viabilidade

A avaliação de viabilidade da intervenção foi composta por 13 categorias e 20 critérios como pode ser observado na Tabela 3 que especifica os domínios aferidos durante a intervenção. As categorias de mensuração foram criadas pelos autores a partir da análise de estudos clínicos e da formulação de variáveis relevantes a serem aferidas no estudo de maior escala, posteriormente. A coleta de dados aconteceu ao longo do processo de pesquisa, iniciando-se pelo recrutamento e dando continuidade ao longo das intervenções.

A avaliação de viabilidade foi dividida em duas partes. A primeira foi composta pela análise da terapeuta e da coterapeuta na qual foram avaliados qualitativamente e quantitativamente (análise de frequência e média) sete categorias (1-7). Em todas as sessões, foram observadas a adequação, a adesão e o interesse dos participantes diante das atividades propostas e a duração de cada atividade foi mensurada em minutos. Já na segunda parte da avaliação, seis categorias (8-13) foram analisadas qualitativamente pelos participantes no intuito de compreender a adequação e assimilação do conteúdo e das práticas propostas bem como avaliar questões estruturais como local e tempo do programa.

Tabela 3. *Categorias e critérios da análise de viabilidade.*

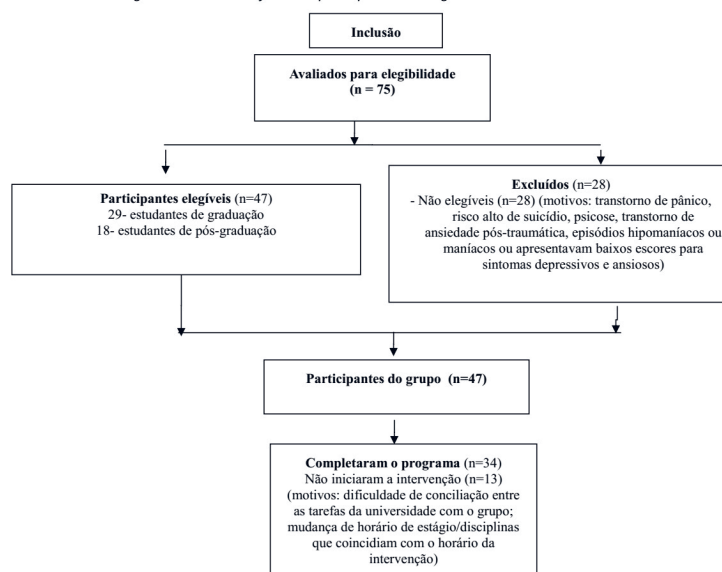
Categorias	Critérios
Avaliação da terapeuta e da coterapeuta	
1. Recrutamento	(1) Análise do número de participantes recrutados por mês e
	(2) Avaliação das estratégias de recrutamento.
2. Critérios de elegibilidade	(1) Verificação e adequação dos critérios de elegibilidade para o estudo
	(2) Proporção de participantes elegíveis para o estudo.
3. Triagem	(1) Análise do número de avaliados por mês,
	(2) Verificação e adequação do protocolo de triagem (instrumentos escolhidos e variáveis analisadas).
4. Adesão ao tratamento	(1) Permanência no programa
	(2) Frequência no programa (mínimo 5 encontros).
5. Adesão às tarefas de casa	(1) Verificação do número de atividades realizadas
	(2) A frequência da prática meditativa em casa.
6. Tempo das sessões e das tarefas	(1) Estimativa da duração de cada sessão
	(2) Estimativa de duração de cada atividade realizada por sessão.

7. Trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse	Investigação da possibilidade de trabalhar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na mesma intervenção
Avaliação dos participantes (por meio de perguntas abertas ao longo da intervenção e da avaliação final do programa)	
8. Adequação do conteúdo do manual	Verificação do uso de recursos imagéticos, vivenciais e literários propostos no programa
9. Assimilação do conteúdo	Verificação da assimilação do conteúdo transmitido
10. Assimilação das práticas	Averiguação da assimilação da prática
11. Adequação da terapeuta	Investigação da adequação do terapeuta à intervenção do tipo <i>Mindfulness</i> em grupo
12. Local de realização do grupo	Avaliação do local de realização da intervenção
13. Tempo de intervenção	(1) Verificação da duração da intervenção (seis encontros semanais)
	(2) Verificação da duração das sessões (90 minutos)

Resultados e discussão

O fluxo dos participantes ao longo do estudo de viabilidade pode ser verificado na Figura 1 que foi norteado pelo guia “*The Consolidated Standards of Reporting Trials*” (CONSORT, 2010)³⁰. Observa-se que foram avaliadas 75 pessoas para a pesquisa, porém 28 foram excluídas por não preenchimento dos critérios de elegibilidade. Foram convidadas 47 pessoas para participarem do grupo, das quais 13 não iniciaram o programa. Os motivos apontados foram (1) dificuldade de conciliar as tarefas da universidade e o grupo e (2) mudança no horário de estágio/disciplinas que coincidiram com o horário da intervenção. Dessa forma, 34 pessoas efetivamente participaram do programa.

Figura 1.
Diagrama CONSORT do fluxo dos participantes ao longo do estudo



Foram realizados 4 grupos. A idade média dos participantes foi de 26,39 anos (DP= 7,76). O programa foi gratuito e aconteceu no SPA/UFMG. Algumas variáveis sociodemográficas dos participantes inelegíveis e elegíveis estão descritas na Tabela 4 na qual consta dados sobre idade média, escolaridade e se realizavam ou não acompanhamento psiquiátrico no momento da entrevista de triagem.

Tabela 4. Dados sociodemográficos das participantes inelegíveis e elegíveis.

	Inelegíveis	Elegíveis
N	28	47
Idade média (anos)	24,24	26,39
Desvio Padrão (DP)	(5,20)	(7,76)
Escolaridade		
Graduação	22	29
Pós-graduação	6	18
Acompanhamento psiquiátrico	6	4

Na primeira parte da avaliação realizada pela terapeuta e pela coterapeuta (itens 1-7 da Tabela 3) observou-se a necessidade de modificação nas seguintes categorias: (1) recrutamento, (2) critérios de elegibilidade e (3) triagem. Sobre os quesitos recrutamento e critérios de elegibilidade observou-se que o número de participantes excluídos foi alto devido principalmente aos critérios de transtornos psiquiátricos graves e sintomas mínimos de depressão. Esses dados contribuíram para a avaliação dos procedimentos a serem adotados visando o atendimento dos participantes que necessitavam de encaminhamento para psicologia e/ou psiquiatria nos casos mais graves. Além disso, no caso dos participantes com sintomas mínimos de depressão e interesse pela prática de *mindfulness* foi indicado o livro de auto-ajuda “Atenção plena: como encontrar a paz em um mundo frenético” de Williams e Penman (2015). Durante a fase de recrutamento, não houve recusa de participação na pesquisa.

Na categoria triagem observou-se que o protocolo de avaliação era composto por muitos instrumentos e que alguns deles deveriam ser excluídos por desviar-se do escopo do estudo. Tais instrumentos eram referentes, principalmente, à análise de medidas neuropsicológicas (atenção sustentada, dividida e alternada e funções executivas). Verificou-se que a quantidade de dados medidos era inapropriada uma vez que aumentariam o tempo da coleta, assim, optou-se por retirar essas medidas da pesquisa uma vez que eram medidas terciárias e, aumentariam o tempo da coleta em 60-90 minutos. Com a retirada dessas medidas a triagem passou a ser realizada em uma sessão de 55-94 minutos. Todas as adversidades relativas à coleta eram discutidas semanalmente entre os membros da equipe de pesquisa e novas estratégias de resolução foram criadas e implementadas com o objetivo de melhorar o processo de coleta de dados.

Na categoria adesão ao tratamento (4) e às tarefas de casa (5) a média de finalização foi de 72% e a adesão às práticas propostas de casa foi de 80% o que é considerado satisfatório pela literatura. No que diz

respeito ao andamento da intervenção propriamente dita, foi necessária modificação no tempo (6) de algumas atividades para que cada sessão acontecesse dentro do período de 90 minutos uma vez que essa duração foi considerada adequada para a participação efetiva dos participantes. Dessa maneira, algumas atividades foram excluídas ou diminuídas em tempo. Foi considerada adequada também a categoria que avaliava a possibilidade de trabalhar concomitantemente os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse (7) na população-alvo.

A segunda parte da avaliação foi realizada pelos participantes a partir de indicadores quantitativos e qualitativos que aconteceram pelo *feedback* verbal (ao longo da intervenção) e escrito (perguntas abertas e fechadas respondidas no final do programa). Após análise das respostas observou-se a necessidade de modificação de duas categorias: (8) a adequação do conteúdo do manual e o (13) tempo de intervenção. Na categoria adequação do conteúdo do manual (9) observou-se que a proposta original de usar poemas não foi bem recebida pela população avaliada uma vez que os participantes não conseguiram articular esse recurso literário ao conteúdo discutido durante as sessões. Os outros recursos literários tais como narrativas e metáforas foram bem aceitos pelo grupo e possibilitaram uma compreensão mais abrangente dos temas discutidos. Os recursos imagéticos e vivenciais também foram considerados satisfatórios. Os componentes assimilação das práticas (10), adequação da terapeuta (11) e local de realização do grupo (12) foram considerados satisfatórios pelos participantes.

A presente análise de viabilidade demonstrou que o programa testado é viável desde que sofra algumas modificações. O projeto foi conduzido de maneira satisfatória pela equipe e foi bem aceito pelos participantes. O estudo proporcionou melhor entendimento sobre a implementação do programa e foram encontradas algumas dificuldades que sofrerão mudanças para o estudo em maior escala.

Conclusão

O presente estudo relata de forma breve uma análise de viabilidade do “Programa de Treinamento em *Mindfulness* para adultos” que demonstrou benefícios para a pesquisa que será realizada em maior escala e, indicou que apesar do planejamento teoricamente adequado foram necessárias modificações para a sua implementação no ECR para a população-alvo. Como é característico deste tipo de metodologia, não é possível traçar relações de causalidade ou estabelecer generalizações dos resultados alcançados. Todavia, um ponto positivo dos estudos de análise de viabilidade é que são recomendáveis para assegurar que as lições aprendidas com os erros e os acertos em outras pesquisas sejam compartilhadas na comunidade científica. Essas informações contribuem para que os pesquisadores evitem a duplicação de esforços ao contar com as lições aprendidas de pesquisas anteriores que foram devidamente publicadas. Ademais, observa-se que a sociedade tem se tornado mais crítica e exigente em relação aos investimentos realizados em pesquisa, cobrando o uso racional dos recursos e a garantia de respostas socialmente relevantes. Dessa forma, esperam-se que as lições aprendidas no presente trabalho contribuam para outros estudos.

Referências

1. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*. 2017;68(18):18-26.
2. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Larimer ME. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:547–56.
3. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013;33:763–71.
4. Segal ZV, Walsh KM. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Residual Depressive Symptoms and Relapse. *Prphylaxis. Curr Opin Psychiatyr*. 2016;29(1):7-12.
5. Masuda A, Hill ML. Mindfulness as therapy for disordered eating: A systematic review. *Neuropsychiatry*. 2013;3:433–447.
6. Khoury BM, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015;78(6):519–28.
7. Flook L, Goldberg SB., Pinger L, Davidson RJ. Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*. 2015;51:44–51.
8. Moyhan JA, Chapman BP, Klorman R, Krasner MS, Duberstein PR, Brown KW, Talbot NL. Mindfulness-based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*. 2013;68:34–43.
9. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*. 2015;35:86-90.
10. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 1994.
11. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10:144–56.
12. Eisenlohr-Moul T, Walsh E, Charnigo R, Lynam D, Baer RA. The “what” and the “how” of dispositional mindfulness: Using interactions among subscales of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire to understand its relation to substance use. *Assessment*. 2012;19:276-86.
13. Hervás, G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas em mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*. 2016;27(3):115-24.
14. Svendsen LJ, Kvermemes VK, Wiker SA, Dundas, I. Mechanisms of mindfulness: Rumination and self-compassion. *Nordic Psychology*. 2016;1-12.
15. Einsendrath SJ, Gillun, E, Delucchi LK, Segal VZ, Nelson C, Mccinnes A, et al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(2):99-110.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Depression in adults: recognition and*

- management: clinical guideline. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/>>. Acessado 11 ago. 2016.
17. Thabane L, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(1):1-10.
 18. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo;2001.
 19. Beck TA, Steer AR, Brown KG. Manual Manual do Inventário de Depressão de Beck -BDI-II. Adaptação brasileira de Clarice Gorenstein, Wang Yuan Pang, Irani de Lima Argimon e Blanca Susana Guevara Werlang. Editora Casa do Psicólogo; 2011.
 20. Gomes-Oliveira HM, Gorenstein C, Lotufo F, Andrade HL, Wang PY. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;34: 389-94.
 21. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
 22. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24:385-96.
 23. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. (2007). Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(4):606-15.
 24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59(20):34-57.
 25. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
 26. Segal MZ, Williams GMJ, Teasdale DJ. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press; 2002.
 27. William, M, Penman D. *Atenção plena: como encontrar a paz em um mundo frenético*. Rio de Janeiro: Sextante; 2015.
 28. Teasdale J, Williams M, Segal Z. *Manual prático de mindfulness: meditação da atenção plena*. São Paulo: Editora Pensamento; 2016.
 29. Roemer L., Orsillo SMA *Prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em Mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 30. The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). (2010). Disponível em: <www.consort-statement.org>. Acessado 11 ago. 2016.

Colaborações: Alessandra Almeida Assumpção – a concepção/ delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados;

Cássia de Alcântara – análise e interpretação dos dados;

Nazaré de Oliveira Almeida – revisão da redação e supervisão clínica;

Carmem Beatriz Neufeld – revisão da redação;

Maycoln Leôni Martins Teodoro – aprovação final da versão a ser publicada.

Correspondência

Alessandra Almeida Assumpção

Rua Lignito, nº 100 apto. 3A, Santa Efigênia

30260-280 Belo Horizonte, MG, Brasil

e-mail: alesump@gmail.com

Submetido em: 29/01/2018

Aceito em: 04/12/2018